



Biblioteca Central "Vicerrector Ricardo A. Podestá"
Repositorio Institucional

El problema de la droga es que la droga no es el problema

Año
2018

Autor
Abait, María Luz

Director de tesis
Theiler, Elizabeth

Este documento está disponible para su consulta y descarga en el portal on line de la Biblioteca Central "Vicerrector Ricardo Alberto Podestá", en el Repositorio Institucional de la **Universidad Nacional de Villa María**.

CITA SUGERIDA

Abait, M. L. (2018). *El problema de la droga es que la droga no es el problema*. Villa María: Universidad Nacional de Villa María



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional



INSTITUTO ACADÉMICO PEDAGÓGICO
DE CIENCIAS SOCIALES

Licenciatura en Trabajo Social

.....

Trabajo Final de Grado

.....

**El problema de la droga es que la droga no es el
problema**

Autora: Abait, María Luz (N° de legajo: 28.785)

Directora: Elizabeth Theiler

2018

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

AA: Alcohólicos Anónimos.

ALANON: Grupo de familiares de Alcohólicos Anónimos.

ALTEEN: Grupo de hijos adolescentes de los miembros de Alcohólicos Anónimos.

CENARESO: Centro Nacional de Reeducción Social.

CICAD: Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas.

COPOLAD: Programa de Cooperación en política de drogas entre América Latina y la Unión Europea.

CT: Comunidad Terapéutica.

DSM: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.

LSM: Ley de Salud Mental.

NARANON: Narcóticos Anónimos.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

SEDRONAR: Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas.

SNC: Sistema Nervioso Central.

TCC: Terapias Cognitivas Comportamentales.

ÍNDICE GENERAL

• Índice de abreviaturas.....	II
• Índice general.....	III
• 1. Introducción.....	8
• 2. Antecedentes.....	10
• 3. Marco teórico.....	11
▪ 3.1. Aportes conceptuales.....	11
➤ 3.1.1. Definición de droga.....	12
○ 3.1.1.1. Sustancias psicoactivas que actúan sobre el Sistema Nervioso Central.....	12
○ 3.1.1.2. Estupefacientes, perjudiciales para el sujeto y la sociedad.....	13
○ 3.1.1.3. Las drogas en sí no existen, hay una relación entre sujeto, sustancia y contexto.....	13
○ 3.1.1.4. Producto de una construcción social.....	14
➤ 3.1.2. Clasificación de las drogas.....	15
○ 3.1.2.1. Según efectos sobre el Sistema Nervioso Central, origen y vías de consumo.....	15
○ 3.1.2.2. Legales o ilegales, disponibilidad y grado de control.....	16
○ 3.1.1.3. Clasificación en relación a los efectos psicológicos y conductuales.....	16
○ 3.1.1.4. Institucionalizadas o no institucionalizadas, aceptadas o no por la cultura.....	17
➤ 3.1.3. Niveles de consumo.....	17
○ 3.1.3.1. Uso, hábito, abuso, dependencia e intoxicación.....	17
○ 3.1.3.2. Abuso, dependencia e intoxicación. Distinción entre dependencia física y psíquica.....	18
○ 3.1.3.3. Uso y abuso, como fenómenos culturales.....	20
➤ 3.1.4. Modos de entender al consumo de sustancias.....	20
○ 3.1.4.1. Adicción o drogodependencia.....	20
○ 3.1.4.2. Adicción como delito.....	21
○ 3.1.4.3. Adicción como conducta adictiva.....	21
○ 3.1.4.4. Adicción como construcción socio-histórica.....	23
➤ 3.1.5. Concepto de adicción.....	24
○ 3.1.5.1. La adicción es una enfermedad del cerebro.....	24
○ 3.1.5.2. La adicción es un problema de seguridad.....	24
○ 3.1.5.3. La adicción es la relación que se establece entre el sujeto, la sustancia y el contexto.....	24
○ 3.1.5.4. La adicción es un fenómeno social.....	25
➤ 3.1.6 Denominación de quien consume sustancias.....	25
○ 3.1.6.1. Enfermo, drogodependiente o sujeto de derechos.....	25

○ 3.1.6.2. Enfermo o delincuente.....	26
○ 3.1.6.3 Sujeto o usuario.....	26
○ 3.1.6.4.Síntoma de un sistema social disfuncional.....	27
➤ 3.1.7. Causas del consumo.....	28
○ 3.1.7.1. La droga es la causa de los daños en la salud.....	28
○ 3.1.7.2. La droga es la causa de las inseguridades y malestares sociales.....	28
○ 3.1.7.3. La droga no es la causa de su consumo problemático, existe una relación de multicausalidad.....	28
○ 3.1.7.4.En el consumo problemático intervienen múltiples factores.....	34
➤ 3.1.8. Consecuencias del consumo.....	38
○ 3.1.8.1. Alteraciones físicas y/o psicológicas.....	38
○ 3.1.8.2. Inseguridad, desviación y malestar social.....	38
○ 3.1.8.3. Alteración del estado psíquico y de la conciencia.....	38
○ 3.1.8.4. Afecta a todas las áreas vitales de la persona.....	38
➤ 3.1.9. Modalidades de abordaje.....	38
○ 3.1.9.1. Leyes, medidas de seguridad y medidas curativas.....	39
○ 3.1.9.2. Dos enfoques, abstencionismo y reducción de daños y múltiples dispositivos asistenciales como preventivos.....	42
○ 3.1.9.3. Psicoanálisis, terapia cognitivo-conductual y modelos basados en la evidencia para pensar la asistencia como la prevención.....	52
○ 3.1.9.4. Abstencionismo y reducción de daños, prevención en sus diferentes niveles y asistencia. Funciones relevantes desde el Trabajo Social	55
➤ 3.1.10. Contexto histórico de surgimiento.....	57
○ 3.1.10.1. Dispositivos asistenciales que fueron desarrollándose a lo largo del tiempo.....	57
○ 3.1.10.2. Políticas prohibicionistas mundiales, americanas y argentinas.....	58
○ 3.1.10.3. Consumo de sustancias desde la antigüedad hasta la modernidad.....	63
➤ 3.1.11. Ejes sobre los cuales se apoya cada modelo teórico.....	64
▪ 3.2. <i>Síntesis de los aportes conceptuales</i>	64
➤ 3.2.1. Modelo médico-sanitario.....	64
○ 3.2.1.1. Definición de droga.....	65
○ 3.2.1.2. Clasificación de las drogas.....	65
○ 3.2.1.3. Niveles de consumo.....	65
○ 3.2.1.4. Modo de entender el consumo de sustancias.....	66
○ 3.2.1.5. Concepto de adicción.....	66
○ 3.2.1.6. Denominación de quien consume sustancias.....	66
○ 3.2.1.7. Causas del consumo.....	66

○ 3.2.1.8. Consecuencias del consumo.....	67
○ 3.2.1.9. Modalidades de abordaje: prevención y asistencia.....	67
○ 3.2.1.10. Contexto histórico de surgimiento.....	74
○ 3.2.1.11. Ejes sobre los cuales se apoya.....	74
➤ 3.2.2. Modelo psico-social.....	75
○ 3.2.2.1. Definición de droga.....	75
○ 3.2.2.2. Clasificación de las drogas.....	75
○ 3.2.2.3. Niveles de consumo.....	76
○ 3.2.2.4. Modo de entender al consumo de sustancias.....	77
○ 3.2.2.5. Concepto de adicción.....	77
○ 3.2.2.6. Denominación de quien consume sustancias.....	78
○ 3.2.2.7. Causas del consumo.....	78
○ 3.2.2.8. Consecuencias del consumo.....	81
○ 3.2.2.9. Modalidades de abordaje: prevención y asistencia.....	81
○ 3.2.2.10. Ejes sobre los cuales se apoya.....	84
➤ 3.2.3. Modelo socio-cultural.....	84
○ 3.2.3.1. Definición de droga.....	84
○ 3.2.3.2. Clasificación de las drogas.....	85
○ 3.2.3.3. Niveles de consumo.....	85
○ 3.2.3.4. Modo de entender al consumo de sustancias.....	85
○ 3.2.3.5. Concepto de adicción.....	86
○ 3.2.3.6. Denominación de quien consume sustancias.....	86
○ 3.2.3.7. Causas del consumo.....	86
○ 3.2.3.8. Consecuencias del consumo.....	90
○ 3.2.3.9. Modalidades de abordaje: prevención y asistencia.....	91
○ 3.2.3.10. Contexto histórico de surgimiento.....	93
○ 3.2.3.11. Ejes sobre los cuales se apoya.....	94
➤ 3.2.4. Modelo ético-jurídico.....	94
○ 3.2.4.1. Definición de droga.....	94
○ 3.2.4.2. Clasificación de las drogas.....	94
○ 3.2.4.3. Modo de entender al consumo de sustancia.....	95
○ 3.2.4.4. Concepto de adicción.....	95
○ 3.2.4.5. Denominación de quien consume sustancias.....	95
○ 3.2.4.6 Causas del consumo.....	95
○ 3.2.4.7. Consecuencias del consumo.....	96
○ 3.2.4.8. Modalidades de abordaje: prevención y asistencia.....	96
○ 3.2.4.9. Contexto histórico de surgimiento.....	97

o 3.2.4.10. Ejes sobre los cuales se apoya.....	101
• 4. Metodología.....	102
▪ 4.1. Problema – objeto de estudio.....	102
▪ 4.2. Objetivo general.....	102
▪ 4.3. Objetivos específicos.....	102
▪ 4.4. Categorías de análisis.....	102
▪ 4.5. Aproximaciones hipotéticas.....	103
▪ 4.6. Matriz de análisis de datos.....	103
▪ 4.7. Proceso metodológico.....	105
• 5. Cuerpo del análisis.....	107
▪ 5.1. Cuadro de aspectos similares, comparables y aportes significativos de cada modelo teórico.....	108
• 6. Conclusiones.....	113
▪ <i>6.1. Relación que se estable entre los puntos de vista ético-jurídico, médico-sanitario, psico-social y socio-cultural.....</i>	<i>113</i>
➤ 6.1.1. Diferencias entre definiciones y significados de la droga.....	113
➤ 6.1.2. Tipos de drogas, según origen, efecto, legalidad y cultura.....	114
➤ 6.1.3. Partes de un mismo problema: uso, hábito, abuso y dependencia.....	114
➤ 6.1.4. Para cada modelo teórico un modo diferente de entender al consumo de sustancias, sin negar el factor contextual.....	115
➤ 6.1.5. Adicción: un concepto con múltiples acepciones.....	116
➤ 6.1.6. El modo de mencionar a quién consume resulta ser polémico entre los modelos.....	116
➤ 6.1.7. Entre la causa-efecto y la multicausalidad.....	117
➤ 6.1.8. Consecuencias desde la simplicidad o desde la complejidad.....	118
➤ 6.1.9. Discrepancias en las modalidades de abordaje, coincidencias en dispositivos asistenciales y preventivos.....	118
o 6.1.9.1. Diferentes lentes de una misma modalidad de abordaje: asistencial.....	119
* 6.9.1.1.1. Coincidencias en la diversidad existente de dispositivos asistenciales.....	120
* 6.9.1.1.2. Para cada dispositivo, un fundamento contextual e histórico.....	121
* 6.9.1.1.3. Polémica a la hora de mencionar a quien consume: adicto, enfermo, sujeto o persona.....	122
* 6.9.1.1.4. La variedad de planes de tratamiento, riqueza de la intervención y existencia de opciones ante la demanda.....	123
* 6.9.1.1.5. Abordar la problemática desde la individualidad o considerando lo contextual y vincular.....	124

*6.9.1.1.6. El lugar en donde se desarrollan los tratamientos, encubren los puntos de vista sobre la problemática.....	124
○ 6.1.9.2. La prevención como modalidad necesaria, que puede comprenderse y aplicarse de múltiples formas.....	125
➤ 6.1.10. Conocer el contexto histórico de surgimiento facilita la comprensión, estableciendo una relación de correlatividad entre modelos.....	126
➤ 6.1.11. La incompatibilidad o compatibilidad radica en la prioridad que se le otorgue al sujeto, sustancia y/o contexto.....	127
▪ 6.2. <i>Aproximaciones finales: sugerencias y propuestas</i>	127
• 7. Índice bibliográfico	133

EL PROBLEMA DE LA DROGA ES QUE LA DROGA NO ES EL PROBLEMA

1. INTRODUCCIÓN

Los interrogantes que dieron lugar al presente trabajo final de la Licenciatura en Trabajo Social surgieron de un cuestionamiento que la autora se planteó desde su ejercicio profesional referido a la temática del “consumo problemático de drogas”, así llamado actualmente por algunos especialistas. La trabajadora social, a partir de las instancias terapéuticas grupales que desempeña en un centro de día ambulatorio y específicamente desde las experiencias de seguimiento individual-familiar, se planteó que *el problema de la droga es que la droga no es el problema*. Para poder argumentarlo científicamente, se propuso poner en diálogo, debate y cuestionamiento a diversos autores y visiones acerca de la temática en cuestión.

Por otro lado, la participación en diferentes instancias de capacitación le permitió verificar la existencia de posicionamientos distintos y hasta en ocasiones opuestos para poder pensar el consumo de sustancias, a la persona que consume, las causas, lo que determina o condiciona de algún modo las modalidades de abordaje, atravesando a los equipos interdisciplinarios de los que el Trabajador Social forma parte. Además, las características que asume el contexto actual posmoderno y el consumo de sustancias como parte del mismo motivó a la autora a investigar sobre la temática seleccionada, considerándola polémica y necesaria de ser reflexionada y argumentada científicamente.

Un contexto, cabe destacar, que implica un modo de vivir que incluye permanentemente la búsqueda de la calidad de vida, el desarrollo individual por sobre el colectivo, sensibilidad por lo ecológico, rechazo hacia los grandes sistemas de sentido y al culto a la participación y expresión popular, y el incentivo de las elecciones privadas y la individualidad.

El mercado disciplina, se entromete en la vida, otorga sentido a las relaciones sociales que, desde lo efímero, generan solo una mayor necesidad de saciar vacíos, dando momentáneamente una sensación de identidad, de pertenecer, que se hace real cuando la adquisición de un objeto de consumo es posible. Contenciones efímeras que, para saciar el vacío que producen, requieren de nuevas adquisiciones. (Carballeda, 2008: 55-56)

Por lo que la drogadicción puede ser una forma de expresión del desencanto en este escenario. De un malestar que aleja, separa al sujeto de los otros de su cultura. La droga, en el siglo XX, se ha ido desplazando desde la anestesia de los dolores de vivir en el individualismo del S. XIX, hasta la búsqueda del placer en una cultura en donde la consumición se ha convertido en la principal droga. El consumo se convierte en el principal motor de la vida, aparece como organizador y regulador social, sentando las bases para una cultura adictógena, que no se limita al mundo de la droga.

Se consideró, entonces, que el ensayo teórico permitiría a los lectores poder interiorizarse en el tema conociendo los diferentes puntos de vistas existentes con la finalidad de pensar, repensar y/o construir un saber que opere como puente entre la teoría y la práctica, tomando el saber teórico como punto de inicio y no como fin en sí mismo, pudiendo a su vez enmarcar la temática en contextos mayores que hacen a los aspectos macro de la red multifactorial que existe detrás del consumo problemático. El presente ensayo, además, facilitó a la autora el abrirse al mundo de las teorías, rompiendo con esquemas previos y adquiriendo nuevos conocimientos, con el propósito de producir nuevos.

Es así que se pusieron en debate los siguientes modelos: ético-jurídico, médico sanitario, psicosocial y socio-cultural. Kuhn (1980) en “La estructura de las revoluciones científicas”, específicamente en su apartado denominado “Posdata”, sostiene que los *paradigmas* pueden ser entendidos en dos sentidos diferentes, como *pertenecientes a un término sociológico*, es decir que significan toda la constelación de creencias, valores, técnicas que comparten los miembros de una comunidad dada; y los paradigmas como *ejemplares de logros del pasado* refiriendo a concretas soluciones a problemas que, empleados como modelos o ejemplos, pueden reemplazar reglas explícitas como base de solución de los restantes problemas de la ciencia normal. Por tanto, un paradigma es aquel que comparten los miembros de una comunidad científica y, a la inversa, una comunidad científica consiste en unas personas que comparten un paradigma.

Por el contrario, la autora adhirió a la postura de Follari (2000) en “Sobre la existencia de paradigmas en las Ciencias Sociales”, quien sustituye el término de *paradigma* por *matriz disciplinaria* que significa la “posesión común de quienes practican una disciplina, que generan generalizaciones complicadas y definiciones mínimas compartidas” (Follari, 2000: 32), es decir, formas universales asumidas. Además, manifiesta que una comunidad científica supondría consenso con relaciones primarias sin delegación de roles, por lo tanto, afirma que hay que suplantar el término de comunidad por el de campo, en donde hay lugares y jerarquías, mecanismos de inclusión, consagración y reglamento, como así también lucha y competencia por la legitimación. Para las Ciencias Sociales hay acuerdos en la comunidad científica en cuanto a tradición teórica pero no de la comunidad científica, ya que no existe consenso global. Cita a Laudan quien afirma que es propio de las ciencias la multivocidad de teorías vigentes en forma simultánea y en permanente conflicto por la imposición de cada punto de vista.

No existe un campo mínimo común de comprensión sobre lo social, por eso la inexistencia de paradigma. Es así que Follari (2000) define a las Ciencias Sociales como a-paradigmáticas porque nunca habrá acuerdo entre las diferentes teorías, de ningún modo podrán convertirse en paradigmáticas, el desacuerdo es inevitable, el conocimiento social se construye desde las teorías que implican interpretaciones contrapuestas o alternativas y el desacuerdo es simultáneo porque la valoración, la ideología, constituye el conocimiento social. Agrega que la ideología es quien determina a la hora de elegir

una teoría, pero las teorías se validan por su consistencia interna y relacionamiento de datos, no por su relación con ideologías.

Respecto al género académico, se consideró que el más adecuado era el ensayo, ya que el objetivo consistió en aportar un espacio para discutir y reflexionar sobre las propuestas de otros autores relacionadas con el asunto que se abordó y así exponer ideas de manera sistemática, crítica y polémica. La interpretación personal tuvo lugar y, por tanto, al manifestar la autora su punto de vista, resultó un texto con trama argumentativa.

El problema de las drogas, es uno de los temas más discutidos en las últimas décadas, abordado desde diferentes discursos y lugares de poder, dando muchas veces por sentado que son las sustancias por sí mismas las que provocan el problema. La autora asume el desafío de argumentar que el problema justamente no radica en las drogas, sino que es necesario reflexionar desde la complejidad para una comprensión integral acerca del consumo problemático de sustancias. Para ello, se afirma que todo conocimiento tiene que ser abierto, fundamentado y válido, ya que las diversas problemáticas y padecimiento del ser humano no son fijas ni estáticas y se suelen presentar de manera dinámica y amalgamándose al tiempo y contexto en el cual existen.

2. ANTECEDENTES

En cuanto a los antecedentes del ensayo académico, se consultó bibliografía de la Kornblit Camarotti y Di Leo, específicamente en lo que respecta a puntos de vista acerca del consumo de drogas, especificando el ético-jurídico, médico-sanitario, psico-social y socio-cultural. Los autores manifiestan la vinculación entre persona-contexto y drogas, la cual varía de acuerdo al modo de comprender dicha relación y a la preponderancia que cada modelo otorga a alguno de los componentes.

Para argumentar el concepto de paradigma, se utilizaron dos textos otorgados en el Cátedra de Epistemología de las Ciencias Sociales de la Lic. En Trabajo Social de la Universidad de Villa María, que proporcionaron posicionamientos distintos, uno de ellos de Kuhn (1980) "La estructura de las revoluciones científicas" y otro, de Follari (2000) denominado "Epistemología y sociedad".

Por otro lado, se recurrió a apuntes de la conferencia de Sauri, que denominó "¿Qué es acompañar?" en donde establece la distinción entre *psiquiatría clásica* y *psiquiatría dinámica*. A su vez, se enriquecieron estos términos en el texto de "Contra la enfermedad como delito", planteado por Kuras y Resnizki (1985). Ambos textos fueron otorgados por docentes del curso de acompañante terapéutico que la autora finalizó en la ciudad de Río Cuarto. El contenido refiere al cambio de paradigma y a la coexistencia de ambos en el contexto actual. Desde una mirada desde la psiquiatría, exponen las modalidades de abordaje en adicciones, cómo estas se fueron modificando de acuerdo a la realidad cambiante, como así también el modo de entender a la persona que atraviesa una situación de consumo, y cómo el nuevo

paradigma comienza a visualizar al consumo de drogas con una multiplicidad de factores, haciendo hincapié en el abordaje múltiple que considera a la persona en su contexto.

En los textos de Carballada (2006-2008), se destacaron conceptos como *problemáticas sociales, cultura, sociedad, discurso social, vida cotidiana, imaginario social*, expresiones de la *cuestión social, representaciones sociales y lazos sociales*. El autor en sus textos realiza críticas constructivas de los modelos que imperan, desde lo social, cultural, político y económico que atraviesan, condicionan el modo de comprender la problemática del consumo.

Además se recurrió a un trabajo final de grado denominado “El antes y el después del consumo problemático: representaciones sociales, abordajes interdisciplinarios y acceso al derecho a la salud”, llevado a cabo por Fernández y Martínez (2004), estudiantes de la Lic. En Trabajo Social de la Universidad de Cuyo. Dicha investigación realizó aportes significativos y reafirmó otros, ya que comparte autores previamente seleccionados por la autora. Dentro de ellos se encuentran contenidos acerca del *contexto actual, cuestión social, neoliberalismo*, diferentes acepciones acerca de la *droga, adicciones, representaciones sociales*, construcciones discursivas, menciona los *modelos interpretativos* y aporta el *paradigma de la complejidad* para comprender la temática abordada.

También se apeló a módulos teóricos, brindados por el Programa de Cooperación entre América Latina, el Caribe y la Unión Europea en políticas sobre drogas (COPOLAD), específicamente al Eje temático N° 2 denominado “El Derechos a la salud y a la integridad de los usuarios de sustancias psicoactivas” (2016), por Touzé, en donde se brindan conocimientos acerca de los conceptos de *derecho a la salud, estigma, discriminación y vulnerabilidad*.

Por último, en relación a los aportes de la psicología cognitiva sobre el consumo de sustancias, se concurrió a la “Guía clínica de intervención psicológica en adicciones” de Pedredo Pérez, Fernández Hermida, Casete Fernández, Bermejo González, Secades Villa y Gradolí (2008). Además, se accedió a un resumen de una investigación denominada “Consumo de sustancias: de la punición a la salud pública”, de Barrenengoa (2014). Sus aportes están en uno de sus apartados “La construcción del ‘adicto’ en Argentina: una mirada histórica”, en donde establece una relación entre los paradigmas según el contexto socio-histórico.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. APORTES CONCEPTUALES

Para reflexionar acerca del *consumo problemático de drogas* y para argumentar la afirmación *el problema de la droga es que la droga no es el problema*, resultó necesario considerar los aportes conceptuales que cada modelo teórico (ético-jurídico, médico-sanitario, psico-social y socio-cultural),

realizó en relación a la droga, clasificación de las drogas, niveles de consumo, modo de entender el consumo de sustancias, concepto de adicción, denominación de quien consume sustancias, causas del consumo, consecuencias del consumo, modalidades de abordaje desde lo asistencial y preventivo, contexto histórico de surgimiento y ejes sobre los cuales se apoya cada teoría.

3.1.1. DEFINICIÓN DE DROGA

La definición de droga varía según el modelo teórico como así también la época o contexto social del que se trate, en donde están presentes creencias o criterios sociales predominantes.

3.1.1.1. Sustancias psicoactivas que actúan sobre el Sistema Nervioso Central

Desde el **modelo teórico médico-sanitario**, se pudo destacar la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual afirma que

Droga es toda sustancia que, introducida en un organismo vivo por cualquier vía, es capaz de actuar sobre el sistema nervioso central, provocando una alteración física y/o psicológica, la experimentación de nuevas sensaciones o la modificación de un estado psíquico, es decir, capaz de cambiar el comportamiento de la persona, y que posee la capacidad de generar dependencia y tolerancia en sus consumidores.

En relación a ello, se plantea que “tradicionalmente el fenómeno de las drogas ha concentrado la información solo en torno a los efectos y consecuencias negativas del consumo de drogas, siempre dando preeminencia a los aspectos biológicos y/o farmacológicos” (Gómez y Serena, 2015:38). No obstante, se considera que esta definición es demasiado amplia, ya que con ese criterio podría considerarse como tal a cualquier sustancia, debido a que todas son capaces de producir alguna modificación en el cuerpo. Con el correr del tiempo, en el año 2004, la OMS cambió el término *droga* por la expresión *sustancia psicoactiva*.

Desde la perspectiva farmacológica, “droga es toda sustancia capaz de alterar la actividad normal del cerebro y cualquier función del organismo. En este sentido, entonces, se debe incluir dentro del término droga al tabaco, alcohol, café, el té, la canela, entre muchas otras” (Trimboli, 2017: 81).

Es importante aclarar por qué *sustancias psicoactivas* y no *drogas*. Damín en el apartado “Consumo de sustancias psicoactivas: cuándo es un problema”, afirma que hablar de sustancias psicoactivas se está hablando de todas aquellas sustancias que, incorporadas al organismo, producen algún tipo de alteración del estado psíquico y del estado de conciencia. Todas las sustancias psicoactivas poseen propiedades de refuerzo, entendidas como la capacidad de producir efectos que despiertan en el que las utiliza el deseo imperioso de consumirlas otra vez, en la búsqueda de efectos similares. Modifican la síntesis, la degradación o la liberación de neurotransmisores y neurolépticos cerebrales, teniendo efectos

comunes: promueven la re experimentación de la gratificación y, en sujetos vulnerables con contextos facilitadores, conducen a la adicción. (Touzé, G., Damín, C., Pawlowicz. M y Goltzman, 2015: 12)

**3.1.1.2. Estupefacientes,
perjudiciales para el sujeto
y la sociedad**

Desde una **visión ética-jurídica**, “a las sustancias psicoactivas se las denomina *estupefacientes*, y, por lo general, supone el acento en lo perjudiciales que son para el sujeto y en especial para la sociedad, en el sentido de que son capaces de alterar el comportamiento de los individuos” (Trimboli, 2015: 81). Agrega Carballada (2008: 106) que la droga es considerada como un *agente activo*. Al hablar de drogas, la gente solamente piensa en las ilegales. “Cuando se habla de drogas legales, normalmente se habla de sustancias que tienen una tolerancia social y una aceptación que no están discutidas” (Touzé et al., 2015: 12)

**3.1.1.3. Las drogas en sí no
existen, hay una relación
entre sujeto, sustancia y
contexto**

El **modelo psico-social** plantea que

“Droga o toda sustancia química que es usada sin mediar una indicación médica, con objeto de obtener una modificación inmediata del estado mental o de la conducta y es capaz de ocasionar un enganche adictivo mórbido o patológico. Pone el acento en el motivo de consumo y no en la sustancia” (Trimboli, 2015: 79).

Por tanto, la droga es una sustancia química que posee tres características, más allá de su legalidad o no: el uso recuente, la acción prevalente es la modificación del estado mental en al menos algunas de sus funciones y la capacidad patológica para generar en la persona una ligazón adictiva. (Trimboli, 2015:80)

Gómez y Serena (2015: 18), por su parte, considera que la droga en sí no existe, es el sujeto quien convierte ciertas sustancias en drogas al establecer con ellas un tipo de relación y ciertos patrones de uso. La existencia de la droga no es la causa de su consumo problemático. En la producción del fenómeno existe una relación de multicausalidad entre el consumo de drogas, factores de riesgo de la persona consumidora y su ambiente social. Damín (2015: 13) agrega que es así que el consumo de una determinada sustancia genera más o menos problemas según el tipo de vínculo que cada individuo establece con esa sustancia en un determinado entorno. Por último, Moreno (2015:63) afirma que el consumo está dentro de la drogadicción, pero no necesariamente todo consumo lleva a una drogodependencia.

El resultado de un acontecimiento retroalimenta las causas, reestructurando la vivencia y autopercepción. Por ende, no son las causas las que provocan la conducta, sino el éxito de la conducta misma el que, creando un significado particular para el sujeto, facilitará la repetición [...] en efecto, el punto de apoyo de la dependencia es la experiencia subjetiva, el modo en que el objeto cambia la condición del individuo”. (Moreno, 2015: 69)

No es menor la concepción del médico psiquiatra Eduardo Kalina, quien cualifica a las drogas como psico-neuro-bio-socio-tóxicas dando cuenta de todas las variables que atraviesan al consumo de sustancias. (Moreno, 2015: 68)

3.1.1.4. Producto de una construcción social

Por su parte, el **modelo socio-cultural** comparte que en el “lenguaje coloquial el término suele referirse concretamente a *sustancias psicoactivas* y, a menudo, de formas aún más concretas, a *sustancias ilegales*” (Trimboli, 2015: 79). En el lenguaje cotidiano “el término droga hace referencia a un grupo particular de sustancias, tanto de origen vegetal como sintético, que producen efectos sobre el psiquismo y que son objeto de comercio ilegal, justamente porque están prohibidas por la ley” (Trimboli, 2015: 81). “Se habla de la droga en singular, y con esta generalización se concentran en una única categoría los consumos, sujetos y contextos, ocultando las diferencias” (Touzé, 2010: 31)

Desde un punto de vista sociológico, la droga es aquella sustancia que en el contexto dado es conocida mayoritariamente como tal. De alguna manera, esta es una definición que incluye la percepción o aceptación social sobre el tema. Droga es aquello que se considera droga (Trimboli, 2015: 82). Enriquece este posicionamiento Gómez y Serena (2015: 45) sosteniendo que, para la gran mayoría de la población, incluidos los propios usuarios de drogas, las drogas se delimitan, se definen y causan efectos según lo describen los estereotipos socialmente anclados.

Por tanto, la sustancia es importante en tanto y en cuanto su interacción biológica genera cambios tanto en el ámbito fisiológico como en los afectivos y relacionales, pero los principales protagonistas de la realidad compleja son los individuos y sus relaciones. El problema de la droga se constituyó como tal en la modernidad, el uso de drogas puede ser problemático para una persona cuando el mismo afecta negativamente en forma ocasional o crónica a una o más áreas vitales de la persona: su salud física o mental, sus relaciones sociales primarias, sus relaciones sociales secundarias y sus relaciones con la ley. (Touzé, 2010: 34)

Una sustancia adquiere significados y significantes, lo cual no solo tiene que ver con sus propiedades sino también con el contexto personal y social en que inscribe cualquier situación de consumo, es decir, en un momento de la historia global, familiar y personal. “Se sigue pensando en que hay adictos

porque hay drogas, mientras se vive en una sociedad donde todo consumo es exaltado para llenar las mismas ausencias que el mercado produce” (Carballeda, 2008: 59)

3.1.2. CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS

3.1.2.1. Según efectos sobre el Sistema Nervioso Central, origen y vías de consumo

El **modelo médico-sanitario** presenta una clasificación de las drogas según los efectos que produce sobre el Sistema Nervioso Central. Trimboli (2017: 83) realiza una distinción entre los *tranquilizantes* (disminuyen o incluso suspenden la actividad mental; a veces conservan la conciencia y provocan en la persona estado de bienestar físico y mental), los *alucinógenos* (grupo compuesto de una serie de sustancias de origen vegetal que producen alucinaciones, como el cannabis y otras plantas), *las producidas por síntesis química* (por ejemplo el alcohol, comienza por una fase primaria de excitación cerebral seguida por un estado de depresión, pudiendo provocar la supresión temporal de las funciones cerebrales), las *hipnóticas* (sustancias que provocan sueño) y las *excitantes* (estimulantes cerebrales, producen alteración de la conciencia y excitación general del cerebro, a esta serie pertenecen las plantas en contienen cafeína, tabaco, cacao). A su vez, existe una diferenciación entre sustancias *duras* y *blandas* según sean capaces de crear dependencia física o no. Como así también una distinción según su origen: *naturales* (son las que existen en la naturaleza y podrían no necesitar ningún proceso químico para su utilización), *sintéticas* (no requieren ningún producto natural para su elaboración) y *semisintéticas* (como la cocaína y derivados del opio). (Trimboli, 2015: 85 - 87)

Gómez y Serena (2015: 25) afirman que también se puede encontrar una clasificación según las vías de consumo, aquí es importante aclarar que cuando las drogas se utilizan por vías que producen mayor rapidez de efectos placenteros y breves, su potencial adictivo es mayor. Es así que se distingue: *vía oral o sublingual* (puede ser en forma de ingestión, mascado o sublingual, es la forma más común de administración de la droga; la llegada al torrente sanguíneo está condicionada por factores tales como el estado gastrointestinal, lo que produce variaciones interpersonales en relación al tiempo y cantidad de la droga absorbida; la droga es absorbida por los capilares sanguíneos de la boca y su llegada al torrente sanguíneo es rápida). La *vía respiratoria, tópica o nasal* (puede ser inhalada y/o fumada, por inhalación es a través de los pulmones y la llegada al SNC es muy rápida).

Trimboli (2017: 89) agrega que prácticamente todas las drogas pueden aspirarse. Las drogas son absorbidas a través de la piel u otros tejidos. La membrana mucosa de las fosas nasales es considerada una vía de administración tópica donde la llegada es rápida. Siguiendo los aportes de Gómez y Serena (2015: 25), otra vía de consumo es la *vía rectal o genital* (consiste en la aplicación de la sustancia

psicoactiva sobre la mucosa anal o genital, se utiliza en humanos para evitar trastornos gastrointestinales y porque tiene una absorción rápida; los reportes de administración de drogas de abuso por esta vía son raros o infrecuentes). A su vez, da a conocer que la *vía parenteral* es la administración de la sustancia psicoactiva utilizando la jeringa, la cual se puede subdividir en *intravenosa* (es la vía más rápida, la droga entra directamente en el torrente sanguíneo y la biodisponibilidad es del 100%, lo que implica un efecto mayor y en menor tiempo), *intramuscular* (se aplica sobre un músculo como el muslo o las nalgas, llega al torrente sanguíneo a través de los capilares sanguíneos que cubren el músculo y, por último, la *subcutánea* (solo es útil si la cantidad de droga es pequeña ya que las grandes cantidades son doloras; la biodisponibilidad varía según la sustancia).

3.1.2.2. Legales o ilegales, disponibilidad y grado de control

Por consiguiente, desde un **posicionamiento ético-jurídico** se reconoce la siguiente clasificación: *ilegales* (incluyen aquellas cuya fabricación, uso, posesión y comercio están absolutamente prohibidos como el opio, la heroína, los derivados del cannabis, cocaína y alucinógenos), las *sustancias de utilización médica* (son todas aquellas sustancias cuya producción, venta y uso están sujetas al control del Estado y son utilizadas con fines médicos como la morfina, metadona, opiáceos u opioides), las *sustancias legales pero bajo alguna forma de control* (entre ellas el alcohol y el tabaco) y las *sustancias sin ningún tipo de control* (café, té). (Trimboli, 2015: 85) También se puede establecer la siguiente clasificación: las *sustancias de disponibilidad prohibida* (son aquellas sustancias incluidas en la lista de estupefacientes sometidos a fiscalización internacional), *de disponibilidad limitada* (medicamentos bajo receta) y *de disponibilidad libre* (tabaco, alcohol). (Trimboli, 2015: 88)

3.1.2.3. Clasificación en relación a los efectos psicológicos y conductuales

El **modelo psico-social** clasifica a las drogas de acuerdo a los efectos que genera la sustancia sobre el Sistema Nervioso Central (SNC). Divide a las drogas en: *depresoras* (sustancias que tienen la propiedad de disminuir o bloquear las funciones del SNC tendientes a reducir el nivel de activación, producir relajación, sedación), *estimulantes* (tienen la propiedad de activar o estimular las funciones del SNC, suelen aumentar la atención y el estado de alerta, pueden producir sensación subjetiva de mayor rendimiento mental y físico generando una ilusión de mayor capacidad intelectual y exceso de confianza en sí mismo) y las drogas *perturbadoras* (pueden modificar la actividad mental produciendo distorsiones perceptivas, ilusiones y alucinaciones de intensidad variable, como así también producir sensación subjetiva de bienestar, relajación y euforia; también generan dificultades en fijar la atención, problemas de

concentración, memoria y una marcada disminución de los reflejos y la coordinación motriz general). (Gómez y Serena, 2015: 27 - 29)

**3.1.2.4. Institucionalizadas o no
institucionalizadas,
aceptadas o no por la
cultura**

El **modelo socio-cultural**, desde el punto de vista sociológico, afirma que la problemática afecta gravemente a la comunidad en su conjunto por la magnitud que alcanza en lo individual y social, no solo en lo atinente a la salud pública sino también al bienestar y al adecuado desarrollo comunitario. Clasifica a las drogas en *institucionalizadas*, que serían aquellas sustancias consideradas legales, y *no institucionalizadas*, refiriendo a las sustancias ilegales (Trimboli, 2015: 84). Mientras que desde el punto de vista cultural, se distinguen las drogas *aceptadas por la cultura* (alcohol, nicotina, cafeína, barbitúricos, benzodiacepinas) y drogas *no aceptadas por la cultura* (cocaína, heroína, cannabis, LSD-25). (Touzé, 2010: 29)

3.1.3. NIVELES DE CONSUMO

**3.1.3.1. Uso, hábito, abuso,
dependencia e intoxicación**

El **modelo médico-sanitario** reconoce que existen diferentes niveles de consumo, los cuales son necesarios identificar para poder generar un diagnóstico de la enfermedad. Estos son: *uso, hábito, abuso, dependencia e intoxicación*, donde se puede estar en presencia de una poliadicción, es decir, la gravedad de cuadro clínico por la suma de sustancias, las que interaccionan, potenciando o antagonizando sus efectos, siendo más difícil por ello su diagnóstico y tratamiento. (Touzé et. al, 2015: 14)

En relación al *uso*, dicha categoría “no tiene significación clínica alguna, pues uso significa simplemente consumo. En consecuencia, se trata de una conducta sin efectos médicos, psicológicos, sociales, laborales o familiares que indiquen la necesidad de intervención profesional de algún tipo” (Trimboli, 2017: 91). Damín (2015: 14) afirma que se puede definir el uso de una sustancia como “un consumo aislado, episódico, ocasional, sin tolerancia ni dependencia”. En cambio, el *hábito*

Sería la costumbre de consumir una sustancia por la adaptación a sus efectos. De modo que, como plantea Fernández, si bien hay un deseo de consumo, no se manifiesta de manera imperiosa. Tampoco existe una tendencia a aumentar la dosis ni trastornos físicos o psíquicos cuando no se consigue la sustancia. Sin embargo, para la OMS, el término se asimila al de *dependencia* (Trimboli, 2017: 91).

Por otro lado, se puede decir que el *abuso* “es un uso inadecuado por su cuantía, frecuencia o finalidad. Conlleva un deterioro clínico significativo, que da lugar al incumplimiento de tareas habituales y/o alteraciones en las relaciones interpersonales, sean sociales o familiares” (Touzé et.al, 2015: 14) La *dependencia*, por su parte,

Es cuando se tiene la necesidad inevitable de consumir la sustancia y se depende física y/o psíquicamente de ella. Aparece una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la misma para conseguir el efecto deseado (tolerancia), consumiendo en muchos casos para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia. (Trimboli, 2015: 87)

Por último, la OMS define a la *intoxicación por drogas* como “un estado de alteración importante del nivel de conciencia, las funciones vitales y el comportamiento, secundario a la administración de una sustancia psicoactiva en dosis excesivas, de forma intencionada o accidental” (Trimboli, 2015: 93). Está caracterizada por: el deseo dominante de continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio, la tendencia a incrementar la dosis, la dependencia física y generalmente psicológica con síndrome de abstinencia por retiro de la droga y los efectos nocivos para el individuo y la sociedad.

3.1.3.2. Abuso, dependencia e intoxicación. Distinción entre dependencia física y psíquica

El **modelo psico-social** reconoce como niveles: *abuso, dependencia e intoxicación*. El *abuso* de sustancias psicoactivas es la auto administración de manera no aprobada culturalmente, de cualquier fármaco o droga que produce consecuencias adversas. “Como fenómenos psicopatológicos se describe cuando hay un uso continuado a pesar de las consecuencias negativas que ello acarrea para el individuo” (Gómez y Serena, 2015: 22).

Por su parte, la *dependencia* puede definirse como

El estado fisiológico de neuroadaptación producido por la administración repetida de una sustancia psicoactiva, necesidad de una administración continuada para evitar la aparición del síndrome de abstinencia. Se produce cuando hay un uso excesivo de la sustancia que produce consecuencias negativas significativas a lo largo de un amplio periodo de tiempo (Gómez y Serena, 2015: 22)

La dependencia puede clasificarse en *física o psicológica*. Referirse a *dependencia física* es reconocer intensos trastornos cuando se interrumpe la administración de la droga o se influye en su acción por la administración de un antagonista específico. Los dos aspectos principales son la *tolerancia* y el *síndrome de abstinencia*. La *dependencia psíquica o psicológica* implica una situación en la que existe un

sentimiento de insatisfacción y un impulso psíquico que exigen la administración regular o continua de la droga para producir placer o evitar el malestar. (Gómez y Serena 2015: 22)

Como se mencionó con anterioridad, el síndrome de abstinencia como la tolerancia son dos elementos propios de la dependencia física, considerados importantes para ser definidos. Es así que *el síndrome de abstinencia* es “un conjunto de síntomas y signos psicológicos y fisiológicos que aparecen en una persona dependiente de una sustancia psicoactiva cuando deja bruscamente de consumirla o la cantidad consumida es insuficiente” (Gómez y Serena 2015: 23).

A su vez, el síndrome de abstinencia se puede clasificar en *agudo, tardío o prolongado y condicionado*. (Bobes, Casas y Gutiérrez, 2011: 20)

El *síndrome de abstinencia agudo* es un conjunto de signos y síntomas orgánicos y psíquicos que experimenta un paciente adicto al interrumpir bruscamente el consumo de sustancia de la que es dependiente. La intensidad y gravedad del síndrome dependen de la cantidad de sustancia habitualmente consumida y de la duración de la dependencia. Dura aproximadamente de 4 a 12 días y da el paso al *síndrome de abstinencia tardío*. Dicho síndrome es entendido como el conjunto de desregulaciones del sistema nervioso neurovegetativo y de las funciones básicas, que persisten durante un largo periodo de tiempo después de conseguir la abstinencia. Este cuadro, poco reconocido y valorado actualmente, a pesar de su gran relevancia clínica, causa múltiples trastornos físicos y psíquicos de poca intensidad pero muy invalidantes para el paciente, le dificulta enormemente conseguir una adecuada calidad de vida y contribuye a precipitar los procesos de recaída en los consumos. (Bobes et.al, 2011: 20)

A diferencia del anterior, el *síndrome de abstinencia condicionado* consiste en la aparición de sintomatología típica de un síndrome de abstinencia agudo, sin mediar nuevos consumos, cuando el ex adicto se expone a los estímulos ambientales previamente condicionados durante su proceso adictivo. Cuando el síndrome de abstinencia condicionado es severo, provoca un gran malestar en el paciente, que puede presentar cuadros de gran ansiedad y miedo que propician el deseo de nuevos consumos como una forma de intentar detener el proceso. Durante el periodo de abstinencia se puede hacer presente el *craving*, es decir, el deseo incoercible de consumir, provocado por ideas, recuerdos, estímulos condicionados, situaciones estresantes, etc., muy difícil de controlar por el paciente y que propicia la búsqueda de sustancias parecidas. (Bobes et.al, 2011: 20)

En relación a la *tolerancia*, Gómez y Serena (2015: 24) la definen como “el estado de adaptación caracterizado por la disminución de la respuesta a la misma cantidad de droga o por la necesidad de una dosis mayor para provocar el mismo grado de efecto”. Las variaciones en las condiciones y en el entorno en que un drogodependiente consume la sustancia adictiva pueden hacer disminuir o desaparecer el fenómeno de tolerancia, con lo cual la dosis de droga habitualmente consumida pasa a ser tóxica, pudiendo provocar fenómenos de sobredosificación. (Bobes et.al, 2011: 20)

El último nivel de consumo considerado desde una visión psico-social es la *intoxicación*, es decir, “un estado transitorio consecutivo a la ingestión o asimilación de una sustancia psicoactiva que produce alteraciones significativas a nivel de la conciencia, cognición, percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas como psicológicas” (Gómez y Serena, 2015: 23).

3.1.3.3. *Uso y abuso, como fenómenos socialmente contruidos*

Por su parte, el **modelo socio-cultural** afirma que el *uso* como el *abuso* de sustancias son fenómenos socialmente contruidos, en donde es importante conocer la influencia del significado que los grupos de poder les dan a estas sustancias para la construcción social del problema. De esta manera, abalando lo mencionado en el párrafo anterior, los conceptos de *uso* y *abuso* de drogas están definidos por una cultura determinada en un momento histórico determinado y no por un mecanismo farmacológico. Por lo tanto,

La diferencia entre *uso*, *abuso* y *dependencia* no remite solamente a la cantidad y la frecuencia de drogas consumidas, existe además una diferencia cualitativa respecto de las motivaciones y el contexto de consumo. Las diferencias dependen mucho más de las características de la persona y de su entorno que del tipo de droga que se consume (Touzé, 2010: 33).

3.1.4. MODOS DE ENTENDER AL CONSUMO DE SUSTANCIAS

3.1.4.1. *Adicción o drogodependencia*

Desde una mirada **médica-sanitaria**, la *adicción*, también conocida como *drogodependencia*, fue definida por primera vez por la OMS en 1964, como un estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintética. Por su parte, la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.667, en su artículo n° 4 afirma que las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental, es decir, se considera como un problema de salud mental. Con la presencia de la ley, se evidencia un cambio significativo a la hora de entender a la adicción, sin embargo, las adicciones son consideradas como una enfermedad.

“El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM V)” menciona al consumo de sustancias como trastornos relacionados con sustancias o trastornos adictivos, haciendo una

diferenciación entre ambos, ya que los inducidos por sustancias son la intoxicación, abstinencia y trastornos mentales. Rehúsa utilizar el término *adicción*. Al hablar de trastornos, se determinan diagnósticos según sea leve (en donde se presenten dos o más síntomas), moderado (refiriéndose a la presencia de cuatro o cinco síntomas) y grave (más de seis síntomas). Existen criterios diagnósticos para poder definir si se trata de un trastorno o no. Los criterios diagnósticos son: *control deficitario*, *deterioro social*, *consumo de riesgo* y *criterio farmacológico*.

El *control deficitario* es cuando la persona presenta consumo de grandes cantidades de sustancia o lo hace durante un tiempo más prolongado de lo previsto. Presenta deseos insistentes de dejar o regular su consumo y relata esfuerzos fallidos por disminuir o abandonar el mismo. A su vez, invierte gran parte del tiempo intentando conseguir la droga, consumiéndola o recuperándose. En relación al *deterioro social* se puede consignar lo siguiente: el consumo recurrente puede llevar al incumplimiento de deberes en los ámbitos académicos, laborales o domésticos. La persona puede seguir consumiendo a pesar de los problemas recurrentes o persistentes en la esfera social o interpersonal causados o exacerbados por los efectos del consumo. Se reducen a abandonar importantes actividades sociales, ocupacionales o recreativas debido al consumo de sustancias. En relación al criterio de *consumo de riesgo*, puede producirse un consumo recurrente de una sustancia incluso en situaciones en las que provoca un riesgo físico. La persona consume de forma continuada, a pesar de saber que padece un problema físico o psíquico recurrente o persistente que probablemente se puede originar o exacerbar por dicho consumo. Por último, el *criterio farmacológico* refiere a la tolerancia y a la abstinencia. (Lazcano, 2015: 102)

3.1.4.2. Adicción como delito

En cambio, desde una visión **ética-jurídica** o bien denominada *moralista*, se considera a las adicciones como delito, estableciendo una relación lineal y causal entre ambas categorías. Se evidencia una preponderancia o énfasis en la sustancia. (Kornblit, Camarotti y Di Leo: 10) En palabras de Trimboli (2015), las adicciones son vistas como un problema de seguridad social, como algo necesario de prohibir por la desviación social y vinculada a la delincuencia.

3.1.4.3. Adicción como conducta adictiva

Por otro lado, desde una **mirada psico-social**, se sostiene que:

La adicción no existe biológicamente, solo se materializa en la experiencia subjetiva del adicto; y sin una causa orgánica o psicógena no puede haber una enfermedad llamada adicción. La adicción es la dependencia fisiológica y/o psicológica a alguna sustancia psicoactiva legal o ilegal, provocada por el abuso en el consumo que causa una búsqueda ansiosa de la misma (Fernández y Martínez, 2004: 26).

En relación a lo expuesto anteriormente, se entiende por adicción a:

La relación que se establece entre una persona y un objeto, que genera un cúmulo de tensión en la persona, la cual es aliviada con la obtención de dicho objeto. Se da en un contexto cultural y familiar y va produciendo una progresiva pérdida de grados de libertad (Fernández y Martínez, 2004: 26).

Cuando se habla de *relación* y *objeto* es importante tener en cuenta que no es cualquier relación y que cualquier objeto no da lo mismo. En efecto, al hablar de relación, se hace referencia a una relación compulsiva, es decir, patológica, enfermiza, caracterizada fundamentalmente por la conducta de búsqueda del objeto que se necesita para satisfacer una determinada demanda del sujeto. Es decir, a diario y permanentemente las personas se relacionan con objetos, consumen diversos objetos para satisfacer diferentes necesidades (comida, diversión, trascendencia, alivio del dolor, etc.) pero no por consumir una persona es adicta; salvo que consumir un determinado objeto, que es exclusivo, se convierta en el eje de su existencia, en el centro de su vida y todo lo que haga gire en torno a ese objeto.

A su vez, al hablar de objeto es importante aclarar que si bien cualquier objeto es posible de convertirse en el destinatario de una adicción, no es lo mismo cualquier objeto en función del daño que el mismo puede ocasionar. Con esto no se dice que una adicción es mejor que otra, sino que hay adicciones, o más precisamente, objetos que son más dañinos que otros. En este sentido, la adicción es una, pero no la única forma de relacionarse que un sujeto tiene con un objeto. Asimismo, la progresiva aceptación de la existencia de conductas patológicas, como el juego, que producen dependencia sin la intervención de sustancias químicas exógenas, ha revitalizado el término adicción, dándole una acepción más amplia al utilizarlo en el contexto de conductas adictivas. (Fernández y Martínez, 2004: 27)

Moreno (2015: 63) considera que:

La situación de dependencia a una sustancia psicotóxica es solo uno de los últimos eslabones de una cadena que comienza con la experiencia, casual o no, de probar alguna sustancia psicoactiva alguna vez y que, de repetirse esa experiencia y entrando en combinación con otros factores, es que se puede derivar en una problemática drogadictiva, en ese camino, de principio a fin, es que se pueden encontrar múltiples problemas derivados del consumo de sustancias.

Es así que se puede hablar de *drogodependencia* cuando en la relación de un individuo con la sustancia se cumple la mayoría de los síntomas como tolerancia, abstinencia, compulsión y deseo intenso a consumir una sustancia y la persistencia en el consumo a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales bio-psico-sociales. De alguna manera, cuando la droga ocupa la mayoría de los espacios y aspectos de la vida cotidiana de un sujeto se puede visualizar claramente una adicción; en tanto y en cuanto dichos espacios y aspectos no sean desbordados, estas problemáticas permanecen ocultas y camufladas. (Moreno, 2015: 66)

3.1.4.4. Adicción como construcción socio- histórica

Por último, el **posicionamiento socio-cultural** afirma que el consumo de sustancias está definido por la misma sociedad. Es así que diversos factores que contribuyen a la desigualdad social, vulneración de derechos, impedimentos para la satisfacción de necesidades básicas, falta de oportunidades, inciden o atraviesan a las personas que consumen. De ahí su vinculación con la cuestión social como manifestación de ésta. Es así que se sostiene que el rechazo o aceptación de una sustancia por parte de la sociedad no se relaciona necesariamente con los efectos farmacológicos de esa sustancia, ni con los daños que pueden producir, sino fundamentalmente con la historia y la cultura. Una sustancia adquiere significados y significantes que van más allá de sus propiedades farmacológicas. Que su uso pueda generar daños a la salud no solo tiene que ver con sus propiedades sino también con el contexto personal y social en que se inscribe la situación de consumo, es decir, en un momento de la historia global, familiar y personal. (Touzé, 2016)

Considerando que las adicciones son un fenómeno social, se puede decir que es tan importante lo que la gente cree que pasa como lo que en realidad pasa. Para la gran mayoría de la población, incluidos los propios usuarios de drogas, el problema *droga* se define y, posteriormente, se diseñan respuestas al mismo a partir de una serie de preconceptos y estereotipos. Touzé (2016: 11) cita a Alessandro Baratta, quien reconoce al menos cuatro elementos que caracterizan la construcción de la realidad sobre el tema drogas: establecer un vínculo necesario entre consumo y dependencia; suponer la vinculación de los usuarios de drogas con una subcultura con un sentido diferente de la realidad al de la mayoría normal; asociar el uso de drogas con el comportamiento delictivo que separa de la vida productiva e introduce en carreras criminales; y considerar a los adictos en estado de enfermedad psico-física y a la dependencia como irreversible. Esta construcción del problema droga está conformada por *estereotipos*, es decir, imágenes mentales muy simplificadas y con pocos detalles.

Así, desde una perspectiva histórica, las drogas serán más o menos importantes de acuerdo a las características del sistema y del complejo tutelar para abordar el problema.

La drogadicción se complementa con la necesidad de la transgresión, la transgresión es, en definitiva, funcional a una sociedad que necesita permanentemente ratificar el lugar de lo sano y de lo enfermo [...] actúa como excusa para imponer coerciones, siendo la coerción la negación misma de la subjetividad y la imposición de otra, pre construida, artificial, necesaria a los diferentes órdenes vigentes en la historia. La noción de problema social surge con los saberes de la normalización (Carballeda, 2008: 61)

3.1.5. CONCEPTO DE ADICCIÓN

3.1.5.1. La adicción es una enfermedad del cerebro

Desde una **visión médico-sanitaria** la drogadicción es una enfermedad del cerebro que se puede tratar, lesiona las células nerviosas, aparecen trastornos de comportamiento, de la memoria y del aprendizaje, traducidos en la pérdida de las inhibiciones, las responsabilidades, las emociones y los afectos. Afecta a la corteza pre-frontal considerada el órgano de la civilización. En las adicciones a las drogas, si bien todo el organismo sufre, el órgano más afectado es el cerebro. (Carakushansky y Viale, 2015: 78)

3.1.5.2. La adicción es un problema de seguridad

El **modelo ético-jurídico** plantea que la adicción a las drogas no solo es un problema porque las sustancias producen dependencia, sino porque se constituyen en un peligro para el individuo y para la sociedad. (Trimboli, 2015: 84)

3.1.5.3. La adicción es la relación que se establece entre el sujeto, la sustancia y el contexto

Desde el **modelo psico-social** se reconoce que

Hablar de drogodependencia es hablar de diferentes personas que consumen drogas, en diferentes situaciones y con diferentes consecuencias [...] una persona no comienza a consumir hoy una droga y mañana tiene una dependencia de la misma. El proceso es mucho más complejo, más lento e impredecible. En el proceso adictivo hay una fase previa o de predisposición, una fase de conocimiento, una fase de experimentación e inicio al consumo de sustancias, una fase de consolidación, pasando del uso al abuso y a la dependencia, la fase de abandono o mantenimiento y la fase de recaídas (Gómez, y Serena, 2015: 30)

Es así que la drogadicción es un fenómeno que aparece en una encrucijada temporo-espacial, cruzando las condiciones biológicas, psicológicas, familiares, sociales, culturales y espirituales de un sistema. Se materializa en la experiencia subjetiva del adicto y se revitaliza el término de adicción por conductas adictivas.

3.1.5.4. La adicción es un fenómeno social

Por su parte, **el modelo socio-cultural** considera que las adicciones son un fenómeno social y que resulta necesario optar por hablar de *consumo problemático de sustancias psicoactivas* en lugar de *adicciones*, en la medida en que se trata de establecer la compleja trama de determinación a partir de la cual alguien consume. No se tratará saber tanto acerca de las drogas sino más bien por qué y para qué cada persona elige alguna sustancia, en qué momento de su vida lo hace, en qué contexto y cuándo se vuelve problemático e interfiere en su vida cotidiana y la de su familia.

3.1.6. DENOMINACIÓN DE QUIEN CONSUME SUSTANCIAS

3.1.6.1. Enfermo, drogodependiente o sujeto de derechos

Partiendo de la **visión médica-sanitaria** se denomina a la persona que consume bajo la noción de *enfermo* y de manera crónica, como *drogodependiente*, al que por tanto hay que rehabilitar en instituciones concretas en pos de una vida sana. Se encasilla a las personas, según si se encuentran antes, durante o después de la enfermedad, cuando no deja de ser persona. (Kornblit et, al: 11)

Se genera un cambio radical desde la salud pública con la Ley de Salud Mental, la cual considera que las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud. Es decir, que se lo menciona como sujeto de derecho. Pawlowicz en el apartado “Ley de Salud Mental: apuesta a un cambio de paradigma y oportunidades para la reforma en las políticas de drogas” de “El Laberinto del Fauno” (2015: 25) afirma que “se le otorga a la persona otra entidad donde se le reconoce su capacidad de tomar decisiones y participar de los procesos de intervención y asistencia”. Esto se evidencia en el artículo N° 7 de la Ley de Salud Mental N° 26.657, donde el estado reconoce los siguientes derechos: a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud; derecho a conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia; a recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos; derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria y a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, otros afectos o a quien la persona con padecimiento mental designe.

La Ley también defiende el derecho a recibir o rechazar asistencia o auxilio espiritual o religioso; derecho del asistido, su abogado, un familiar o allegado que éste designe, a acceder a sus antecedentes familiares, fichas e historias clínicas; a que en el caso de internación involuntaria o voluntaria prolongada, las condiciones de la misma sean supervisadas periódicamente por el órgano de revisión; a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado; a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado, incluyendo las alternativas para su atención, que en el caso de no ser comprendidas por el paciente se comunicarán a los familiares, tutores o representantes legales; a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades; derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, siendo reconocido siempre como sujeto de derecho, con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación; a no ser objeto de investigaciones clínicas ni tratamientos experimentales sin un consentimiento fehaciente; derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable, a no ser sometido a trabajos forzados y derecho a recibir una justa compensación por su tarea en caso de participar de actividades encuadradas como laborterapia o trabajos comunitarios, que impliquen producción de objetos, obras o servicios que luego sean comercializados.

3.1.6.2. Enfermo y/o delincuente

Por otro lado, desde **una visión ética-jurídica** se considera que la persona que consume sustancias es quien genera malestar social y, por tanto, inseguridades a la que el Estado a través de la Ley debe dar respuesta, cumpliendo con ser garante de derechos y suplir las necesidades de los ciudadanos. (Kornblit et. al) Vale destacar que la promulgación de leyes que incluyeron la sanción penal y las denominadas medidas curativas en nombre de la defensa de la sociedad, contribuyeron a que se asignara al usuario de drogas una doble condición: de enfermo, por un lado, y de delincuente por el otro. (Trimboli, 2015: 130)

3.1.6.3. Sujeto o usuario

En cambio, la **visión psico-social** menciona a quien consume como sujeto, abordando las causas de la consecuencia que es el consumo. Coincidiendo con la etimología de la palabra *a-dicción* (sin palabra), se afirma que quien consume está sujeto a algo o a alguien. El foco está, por tanto, en la identificación, responsabilidad y expresión de aquello que le sucede llamándolo *malestar psíquico*. Como aporte, comienza a considerar la complejidad de la persona, con su contexto familiar y de amistades que acompañan la vida cotidiana o que han formado parte de su historia.

No todo el mundo consume drogas, no todos los que consumen se convierten en usuarios regulares o irregulares y de estos solo algunos se vuelven usuarios compulsivos de las drogas. La diferencia en el resultado del comportamiento respecto a las drogas es atribuirle

a diferencias en la vulnerabilidad de los sujetos respecto al uso de las mismas (Gómez y Serena 2015: 29).

Quien consume drogas solo pone en la esfera de lo manifiesto un hábito perjudicial para la salud, dejando sumergido en lo latente un complejo entramado de conflictos intrasíquicos, que no han encontrado una manera menos alusiva de emerger, sumergiendo al sujeto en una problemática más honda y trágica. Este sujeto tiene una manera muy particular de funcionar y de relacionarse consigo mismo, con su afectividad y con los demás (Moreno, 2015:16).

Por consiguiente, si se reconoce la prevalencia de las emociones en la conducta humana, el usador/abusador puede ser conceptualizado como aquella persona que, al no poder encontrar el necesario equilibrio en su vida emocional por medios sociales y afectivos, busca ese equilibrio emocional en elementos egoístas y artificiales, como lo son las drogas. Y en el caso del adicto, se llega a establecer una relación de sometimiento con ese elemento externo que, a largo plazo, genera un deterioro tanto en lo individual como en lo social. (Carakushansky y Viale, 2015)

3.1.6.4. Síntoma de un sistema social disfuncional

Por último, desde una **mirada socio-cultural** se afirma que quien consume es el síntoma de un sistema social disfuncional, desde las micro-estructuras, como la familia, hasta el contexto macro (Touzé, 2008). Carballada (2008: 57-59) agrega que se está en presencia de una sociedad que orienta la problemática del consumo hacia los jóvenes, generando exclusión social por los discursos hegemónicos de jóvenes deteriorados, sin horizonte, con incertidumbres. Considera que muchas veces se hace una relación lineal entre adicciones y jóvenes: hay adicciones en adultos, adicciones en la tercera edad. Para éste, los jóvenes conforman uno de los sectores más castigados. En esta sociedad ser joven es un valor, pero quienes ejercen ese valor no son jóvenes, son viejos disfrazados de jóvenes. Y los jóvenes quedan afuera, quedan en el lugar de las adicciones, en el de lo que hay que corregir, en el del proyecto que hay que construirles, comparte el autor. Por tanto, son personas que ceden ante las presiones de sus iguales y ante los problemas de su contexto. El consumidor es una víctima de las presiones sociales.

A su vez:

Al consumidor (cualquiera sea la dosis, frecuencia y circunstancias del uso) se lo asocia con un patrón único de uso de drogas y con escasos vínculos sociales e institucionales. Se lo considera un adicto, lo que deriva en identificarlo necesariamente como alguien peligroso para sí o para otros, violento, con una personalidad autodestructiva y una actitud despreocupada respecto de su salud (Touzé, 2016:12).

3.1.7. CAUSAS DEL CONSUMO

3.1.7.1. La droga es la causa de los daños en la salud

El modelo médico-sanitario, centrándose en el objeto, es decir en la droga, considera que ésta es la causa de los daños en la salud, produciendo diferentes alteraciones. Reduce así el problema a los efectos, produciendo el esperable corrimiento y/o desconocimiento, al menos parcial, del sujeto que establece una relación problemática con la sustancia (Gómez y Serena 2015: 38).

3.1.7.2. La droga es la causa de las inseguridades y malestares sociales

Desde una **mirada ética-jurídica**, ocurre lo mismo que con el modelo médico-sanitario, estableciendo que el problema está en la droga, como causa de inseguridades y malestares sociales e individuales. Establece una relación lineal entre causa-efecto, es decir, entre droga-delinuencia.

3.1.7.3. La droga no es la causa de su consumo problemático, existe una relación de multicausalidad

Por su parte, la **visión psico-social** afirma que la existencia de la droga no es la causa de su consumo problemático. Vuelve a destacar que en la producción del fenómeno existe una relación de multicausalidad entre el consumo de drogas, factores de riesgo de la persona consumidora y su ambiente social.

El abuso de drogas implica la presencia en algunos sujetos de ciertas características, atributos individuales o factores de riesgo psicosociales que facilitan la transición de un consumo esporádico o irregular a un consumo abusivo y compulsivo de drogas. “Conocer los *factores de riesgo y de protección* que entran en juego en el desarrollo de un patrón patológico de consumo de drogas se convierte así en un punto de gran relevancia para el tratamiento de prevención de las drogodependencias” (Gómez y Serena, 2015:30).

Los factores de riesgo son un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o una transición en el nivel de implicación con las mismas. Los factores de protección, en cambio, reducen o atenúan las posibilidades. Es importante considerar que un simple factor de riesgo puede tener múltiples resultados; varios factores de riesgo o de protección pueden tener un impacto en un simple resultado; el abuso de drogas puede tener efectos importantes en los factores de riesgo y de protección; la relación entre los factores de riesgo y de

protección entre sí y las transiciones hacia el abuso de drogas pueden estar influidas de manera significativa por las normas relacionadas a la edad (Gómez y Serena, 2015: 30).

A su vez, existen diferentes *tipos* de factores de riesgo, que pueden clasificarse en *marcador fijo*, es decir, que no pueden cambiarse ni modificarse; *variable* es cuando un factor de riesgo puede cambiar espontáneamente dentro del sujeto o como resultado de una intervención; de *riesgo causal*, es decir, cuando un factor de riesgo puede ser manipulable y cuando dicha manipulación cambia la probabilidad del resultado; y no debe olvidarse si el factor de riesgo es de *relevancia clínica o social*. (Gómez y Serena, 2015: 31).

También existen *principios generales* que resultan relevantes explicitar: considerar que los factores de riesgo pueden estar presentes o no en un caso concreto; la presencia de un solo factor de riesgo no es garantía de que vaya a producirse un abuso de drogas y, por el contrario, la ausencia del mismo no garantiza que el abuso no se produzca. Lo mismo sucede con los factores de protección; el número de factores de riesgo presentes está directamente relacionado con la probabilidad del abuso de droga. La mayoría de los factores de riesgo y protección tienen múltiples dimensiones medibles y cada uno de ellos influye de forma independiente y global en el abuso de drogas y las intervenciones directas son posibles en el caso de alguno de los factores de riesgo detectados y pueden tener como resultado la eliminación o reducción de los mismos. (Gómez y Serena, 2015: 31-32).

Es así que los factores de riesgo como de protección pueden distinguirse en tres tipos de órdenes *social y cultural, biológico y psicológico* (Bobes et.al, 2011: 32-34). A continuación, se dará cuenta de ellos de manera sintetizada, considerando a su vez, los aportes de Becoña en el “Manual de Trastornos Adictivos” específicamente en el capítulo 3 “Determinantes psicosociales” (2011:37-46):

En relación al *orden social y cultural*, se encuentra *la sociabilización* y, por ende, *la familia*, en donde la cultura juega un rol fundamental. Se parte de considerar que la *cultura* es el conjunto de pautas de comportamiento aprendido y compartidas por los mismos miembros de una comunidad, se trasmite a través de la sociabilización primaria, donde también hay fuentes de sociabilización secundaria. Esto tiene gran relevancia para el bienestar psicológico y social de los individuos. El problema con las drogas es que ha perdido parte del sentido cultural que tenían, por los cambios sociales que se han producido y se han convertido en un producto más de consumo, que sigue las leyes de la oferta y la demanda. A través del comercio, las sociedades fueron expuestas a sustancias previamente desconocidas para ellas. (Bobes et.al, 2011: 40)

Es así que la *estructura y el modo de crianza* contribuyen de modo importante al desarrollo en el aprendizaje de lo que es el mundo y en su propio desarrollo. Dos variables aquí son esenciales: el control y la calidez paterna. El *control paterno* se refiere a cómo son de restrictivos los padres, mientras que la

calidez paterna al grado de afecto y aprobación que tienen con sus hijos. La familia extensa también es otra fuente de sociabilización secundaria, del mismo modo asociaciones de distinto tipo.

Por otro lado, las funciones que cumplen *los iguales* en el proceso de sociabilización son múltiples, como proporcionar oportunidades para el aprendizaje de habilidades sociales, contribuir a establecer los valores sociales, sirven de normas con los cuales los niños se juzgarán a sí mismos y dan o niegan apoyo emocional, refuerzan la conducta, sirven como modelo de comportamiento y se entablan amistades u otras relaciones sociales. Los iguales, además, pueden o no aceptar a un niño. En caso de rechazo, ello se asocia con desobediencia, hiperactividad y acciones destructivas. Por el contrario, el niño aceptado suele ser socialmente competente, simpático, servicial y considerado. Esto está a su vez modulado por su entorno social, por la interacción niño-progenitor y con las características de los padres. Parece que las experiencias que tienen los niños en la interacción con sus padres son de gran relevancia en determinar cómo éstos van a relacionarse con sus iguales. Son muy importantes, pero no determinantes, ya que también la familia puede influir directamente sobre los iguales o controlar el acceso a ellos a través de sus hijos. Un grupo que también hay que considerar son los hermanos, los cuales afectan el desarrollo de la personalidad infantil de un modo importante. (Bobes et.al, 2011: 44)

A su vez, el papel de la *escuela* ha cogido gran relevancia en los últimos años tanto como transmisora de conocimientos como en su función sociabilizadora. Es uno de los lugares donde se transmiten los valores aceptados socialmente. Además, cada escuela constituye por sí misma un sistema social, con un edificio, una organización, horarios establecidos, normas de funcionamiento, entre otros. De ahí que sea claro que la escuela ejerza tanto influencias directas como indirectas sobre el rendimiento académico, el comportamiento social y el comportamiento normativo. El proceso de modelado es claro en el contexto escolar tanto por parte de los profesores y dirección del centro como de sus compañeros o iguales. Lograr los objetivos académicos, infundir valores positivos, aumentar la autoestima, fomentar habilidades de trabajo, son algunos de los objetivos que se pretenden conseguir y con ello formar como persona y saber que el consumo de drogas es una conducta problema. (Bobes et.al, 2011: 45)

También, dentro del orden social y cultural, hay varias *características sociodemográficas* que son importantes para el inicio o el mantenimiento del consumo de drogas, especialmente el sexo y la edad. La clase social es otro factor relacionado con el consumo, especialmente con los primeros consumos. Algo semejante a lo anterior ocurre con la ocupación, aunque este hecho en adolescentes se relaciona con la entrada temprana o más tardía en el mercado laboral. De igual modo, hoy se sabe que el peor rendimiento académico se relaciona directamente con un mayor consumo de drogas. (Bobes et.al, 2011: 41)

Un factor que se relaciona claramente con el consumo de drogas es que éstas estén *disponibles* para los posibles consumidores. Pero además, como producto, tiene que tener unas propiedades para que sus potenciales compradores lo acepten y se convierta en un elemento más de consumo. Su tamaño, forma, color, vía de ingestión, efectos a corto, medio y largo plazo, entre otras son algunas razones a tener

en cuenta para ello. Además, deben ocupar poco espacio, ser fácilmente transportables, tener efectos potentes pero no mortales, producir adicción y que el precio se adecue a la capacidad adquisitiva de un número suficiente de personas para poder mantener el negocio en ese país. Un factor paralelo a la disponibilidad es el *precio*. Pero a pesar de que la disponibilidad de una sustancia es de suma importancia, es insuficiente si ello no va unido a una buena *accesibilidad* a la misma y tiene un precio adecuado. Los puntos de venta cobran aquí una gran relevancia. (Bobes et.al, 2011: 41)

La publicidad y presión social al consumo facilitan conocer el producto, identificarse con lo que rodea al mismo y crear la conciencia de que ese consumo es normal. Otro importante factor de predisposición es la *aceptación social* del consumo. Esto se ve claramente en el consumo de tabaco y alcohol, y para el cannabis cuando el grupo de amigos tiene una buena valoración del mismo. También está el efecto de conformidad ante el consumo de sustancias (lo que se denomina normalización del consumo) y la presión social al consumo en el grupo de amigos consumidores. (Bobes et.al, 2011: 41-42)

Por último, otro factor que forma parte del orden social y cultural es la *diversión y vida recreativa*. La diversión cada vez está más asociada al consumo de drogas. La difusión de las drogas dentro de la diversión ha sido importante y con frecuencia se asocia una con la otra, aunque no puede establecerse un total paralelismo. Las drogas se encuentran fácilmente en la vida recreativa, asociadas a la diversión, tienen un razonable coste económico al que le pueden hacer frente muchas personas, buscan en ellas un modo de potenciar la resistencia y el placer en la diversión, o como un modo de evadirse en el tiempo libre de que disponen. Todo ello implica, en muchas ocasiones, riesgos. (Bobes et.al, 2011: 45)

En lo que respecta al *orden biológico*, el modelo psico-social reconoce la *predisposición biológica*, que no implica causalidad, aunque si se produce la prueba de una o más sustancias psicoactivas aumenta claramente el riesgo en los individuos predispuestos a que continúen con el consumo, tanto por procesos biológicos de la sustancia como por los de reforzamiento por su consumo. (Bobes et.al, 2011: 40)

Por último, en cuanto al *orden psicológico* se identifica a la *percepción de riesgo*, las *drogas como reforzadoras*, los *factores cognitivos*, las *características psicológicas*, la *interacción con otras conductas problemáticas*, el *estado emocional y habilidades de afrontamiento* y, por último, la *escalada en el consumo de drogas*.

La *percepción de riesgo* sobre una sustancia es importante para la toma de decisiones en relación a su consumo. Así, aquellas personas que tienen una mayor percepción del riesgo sobre una droga tienen un menor consumo de la misma y viceversa. Esta percepción de riesgo varía claramente de una a otras drogas, como son igualmente distintos los consumos a nivel de prevalencia en función de cada droga. (Bobes et.al, 2011: 42)

Por su parte, las drogas son *potentes reforzadores* para los individuos. El premio puede ser placentero por sí mismo (*reforzamiento positivo*) o por evitar la presencia de un estímulo aversivo (el

síndrome de abstinencia, que siendo aversivo se evita consumiendo: *reforzamiento negativo*). No olvidemos que una vez consumida una droga de abuso, se produce casi inmediatamente un efecto placentero en el área cerebral correspondiente, que oscilará desde pocos segundos a minutos. Esto convierte a las drogas en reforzantes, asociadas a múltiples indicios ambientales e internos y el continuo refuerzo a lo largo de los meses o años, con la repetición de esa conducta a lo largo del tiempo y en diversas y variadas situaciones, hace que su generalización sea amplia, convirtiéndose en un hábito, en una adicción, bien asentada y duradera.

El poder reforzante de la droga hace que la asociación con distintos estímulos neutros sea muy amplia. Al producirse el consumo frecuentemente en contextos sociales o en grupo, aumenta más la probabilidad de condicionamiento a elementos parciales o totales de ese contexto. Este refuerzo va a fortalecer posteriormente el proceso de búsqueda de la droga. Los sujetos humanos, además, dependiendo del estado al que quieran llegar, eligen un tipo u otro de droga. Para poder estimar lo poderoso que es el refuerzo que produce una droga hay que saber con qué otros refuerzos compite esa droga. Desde esta perspectiva de la economía conductual, por ejemplo, si el consumo de cocaína se debe a no tener alternativas adecuadas a la misma, buscarlas a través de adecuados reforzadores es una buena alternativa terapéutica. (Bobes et.al, 2011: 42)

Como *factores cognitivos*, se encuentran las *expectativas*: son las creencias sobre un estado futuro de acontecimientos, todas están derivadas de creencias o, lo que es lo mismo, de los conocimientos y esquemas sobre el mundo. El consumo de drogas no depende siempre de sus propiedades farmacológicas, sino de sus propiedades esperadas. Por tanto, una *expectativa* es un elemento cognitivo de la persona que le permite anticipar o esperar un evento particular. Ello lo lleva a actuar en función de ese resultado que desea esperar para conseguirlo. Hoy se considera que la autoeficacia percibida es el núcleo central de las percepciones que tienen los individuos sobre su capacidad de actuar. (Bobes et.al, 2011: 43)

A su vez, están presentes las *características psicológicas*, es decir, la *personalidad e inteligencia*. La *personalidad* es el modo característico y habitual en que cada persona se comporta, siente y piensa. A nivel operativo, la personalidad se evalúa a través de sus rasgos, los cuales son las tendencias habituales de comportamiento de las personas. Los rasgos de personalidad que se han analizado con más frecuencia en relación al consumo de drogas, han sido la *impulsividad* y la *búsqueda de sensaciones*. Además, junto a estas dos variables, también se han analizado trastornos de la personalidad, aunque en este caso la mayor parte de los estudios se han realizado con personas que habían demandado tratamiento por problemas con el consumo de drogas. La impulsividad es una característica previa al inicio en el consumo de sustancias y la misma está relacionada con una disminución en la edad de inicio del consumo. La búsqueda de sensaciones es la necesidad que tiene el individuo de tener experiencias y sensaciones nuevas, complejas y variadas, junto al deseo de asumir riesgos físicos y sociales para satisfacerlas. Este

rasgo de la personalidad consta de cuatro dimensiones: *excitación y búsqueda de aventuras, búsqueda de experiencias, desinhibición y susceptibilidad al aburrimiento*. (Bobes et.al, 2011:37-46)

En relación a la *inteligencia* se afirma que es la capacidad o habilidad de aprender de la experiencia, pensar en términos abstractos y funcionar adecuadamente en su propio ambiente, lo que es un elemento básico de la persona. Mediante ella se va produciendo el aprendizaje y de modo mutuo el aprendizaje permite su desarrollo, al tiempo que ambos, junto a los otros elementos interactuantes (biología y cultura), conforman lo que es la persona. La relación entre inteligencia y personalidad es recíproca, esto es, no solo las características de la personalidad afectan el desarrollo intelectual sino que el desarrollo intelectual también afecta al desarrollo de la personalidad. La inteligencia modula también el consumo de drogas, especialmente el no pasar a la dependencia o al abandono del consumo.

Luego, podemos encontrar como factor de riesgo la *interacción con otras conductas problema*s. Hoy se sabe que existen casi los mismos factores de riesgo para distintas conductas problema, como son el consumo de drogas, las conductas agresivas, violentas y antisociales. De igual modo, ciertos trastornos psicopatológicos se relacionan con un mayor riesgo de consumo de drogas tanto en la adolescencia como en la vida adulta. (Bobes et.al, 2011:45)

El *estado emocional y habilidades de afrontamiento* forman parte de los factores que se están explicitando. El estado emocional se asocia en ocasiones con el consumo de drogas. En unos casos, es antecedente del consumo y en otros, el estado emocional negativo es la consecuencia del consumo de drogas. Pero lo cierto es que muchas drogas pueden mejorar el estado emocional del individuo. Con ello, se facilita el posterior proceso de abuso o dependencia. Un factor que se relaciona con realizar o no la prueba inicial y a la experimentación con distintas sustancias es la carencia de adecuadas habilidades de afrontamiento. A lo largo de la vida la persona va adquiriendo habilidades para afrontar las distintas situaciones que se le presentan, tanto las habituales, que ha vivido con otras personas que le han guiado; como las nuevas, ante las que nunca antes había sido expuesto. En el caso de las drogas, hay personas que podrán elegir consumirlas o no por tener adecuadas habilidades de afrontamiento y poder decidir en un sentido o en otro, pero habrá otras personas que, ante la carencia de habilidades de afrontamiento y ante problemas concretos de su vida, probarán las mismas y, ante el descubrimiento de un modo de solventar parcialmente sus problemas, la sustancia se convertirá en dicha habilidad de afrontamiento; al tiempo que con ello impide desarrollar adecuadamente las habilidades que se precisan para funcionar eficazmente en la vida. (Bobes et.al, 2011:45-46)

Por último, se encuentra la *escalada en el consumo de drogas*. El elemento fundamental que va a mantener el consumo de drogas son las consecuencias, positivas o negativas, que siguen a dicho consumo. En función de las mismas, la persona decidirá continuar o no consumiendo esa sustancias. Las consecuencias estarán en relación a sus iguales, su familia y a sí mismo. Son múltiples factores que van a

poder llevar a este consumo o no consumo. Lo que queda claro es que el consumo de drogas, y pasar al abuso o dependencia, no es casual y que hay múltiples factores implicados en ello. (Bobes et.al, 2011:46)

**3.1.7.4. En el consumo
problemático intervienen
múltiples factores**

De manera complementaria, desde un **enfoque socio-cultural**, se considera que no se puede negar que el problema del consumo problemático es un problema complejo en el que interviene una cantidad importante de factores, entre ellos los sociales, culturales, políticos, morales, religiosos y económicos. (Trimboli, 2015:134) Considerarlo desde una *visión de la complejidad*, implica entender el tema de la drogodependencia como una totalidad determinada por la interacción de los diversos elementos: droga, sujeto y sociedad que no pueden considerarse aisladamente o independientes.

El conocimiento complejo tiene un carácter de comprensión, que no se agota en la explicación de unas pocas variables sino que siempre supone algo más. Es una comprensión a la que no se llega, sino a la que el pensamiento se orienta. (Gómez y Serena, 2015:40)

Es así que los *factores culturales* son sumamente importantes, ya que la cultura valoriza y significa de modo especial determinadas interacciones entre los hombres y entre estos y los objetos. Los *factores económicos y políticos* deben ser también contemplados, donde se incorporan la burocratización que conduce a formas de exclusión. Esto trae como correlato que los tiempos para la acción política se retarden en favor de la velocidad propia de los grupos de poder económico que operan en el mercado de sustancias lícitas e ilícitas.

Existen, por tanto, *sistemas ideológicos y creencias* que influyen y forman parte de la multicausalidad del consumo de sustancias. El análisis del consumo de drogas y la respuesta social depende fundamentalmente de la instalación de creencias. Existe un sistema ideológico y de creencias que transforma en algo natural lo establecido por un discurso determinado relacionado con el momento histórico de una sociedad dada. Para ello hay que tener en cuenta las siguientes categorías: la *ideología*, las *representaciones sociales*, la *conciencia pública*, la *desviación social*, los *usos sociales*, las *costumbres*, el *prejuicio*, el *estereotipo*, el *estigma*, la *percepción social*, el *control social* y la *influencia de los medios masivos de comunicación*.

Respecto a la categoría *mito*, se puede decir que está formado por unidades que se relacionan con una amplia red de significados. Así, los fenómenos culturales pueden considerarse como producto de un sistema de significación que se define solo en relación con otros elementos dentro del sistema, como si fuera el propio sistema quien dictase los significados. Todo código de significación es arbitrario pero resulta imposible aprehender la realidad sin un código. (Gómez y Serena, 2015:44)

Por otro lado, cuando se habla de *ideología* se hace referencia al sistema de representaciones dotadas de una existencia y de un papel histórico en el seno de una sociedad dada. La ideología es una representación de la relación imaginaria de los individuos con sus condiciones materiales de existencia. Es lo que hace que los sujetos marchen solos, sin preguntarse demasiado hacia dónde van. Una ideología es un sistema, que posee su lógica y riesgos propios, sus representaciones dotadas de una existencia y de un papel histórico en el seno de una sociedad dada. Es una materia esencial para el desarrollo del sistema social establecido, ya que reproduce la sumisión de la ideología dominante. Se forman como enmascaramientos, la clase social dominante oculta sus verdaderos propósitos por medio de una ideología, que a su vez implica que ella misma ignore sus objetivos últimos. Ahora bien, puede funcionar como reveladora de la realidad que intenta encubrir. Por tanto, la ideología debe ser entendida como aquel agente que tiene por función la construcción de los individuos concretos en sujetos, sujetos tomados por la ideología, desconociéndola. (Gómez y Serena, 2015:45)

Siguiendo con las categorías, si se habla de *representaciones sociales*, se entiende que son las que permiten analizar cómo determinado grupo social ve, interpreta y da sentido a un aspecto de sus vivencias individuales y colectivas. Apunta a comprender y explicar el pensamiento del sentido común. Durkeim en el año 2005 establece el concepto de representaciones colectivas. Sostiene que existen formas de actuar, de pensar o de sentir fuera de las conciencias individuales. Estos tipos de conducta o de pensamiento están dotados de un poder imperativo y coercitivo que se le impone al individuo. Las representaciones colectivas son categorías abstractas producidas colectivamente, que van más allá de lo individual y ejercen influencia sobre los individuos. Según Moscovici, el concepto de representación social se diferencia de representación colectiva en que el primero posee un carácter mucho más dinámico. Las representaciones sociales no son solo productos mentales, sino que son construcciones simbólicas que se crean y recrean en el curso de las interacciones sociales, no tienen un carácter estático ni determinan obligatoriamente las representaciones individuales. Participan de la construcción social de la realidad, tal como lo presentan Berger y Luckmann en el año 2001, ya que es conocimiento práctico que forja las evidencias, demuestra realidad consensual. Designa una forma de pensamiento social y su función es la de dotar de sentido a algo desconocido. (Trimboli, 2017: 54-59)

Cuando se habla de *conciencia pública*, es necesario considerar que reprime todo acto que la ofende utilizando como marco las costumbres, cuya transgresión conlleva como consecuencia sanciones que van desde la murmuración y el ostracismo hasta aquellas que son expresadas en las leyes.

En cuanto a la *desviación social*, Trimboli cita a Becker quien en el año 1971 afirma que todos los grupos sociales crean reglas y, en ciertos momentos y en determinadas circunstancias, intentan imponerlas. Plantea que las reglas sociales delimitan ciertas situaciones y los tipos de comportamiento apropiados para la sociedad, delimitando algunas actuaciones como correctas y otras como incorrectas. Es así que define al término desviación desde el campo sociológico, como la infracción de una regla

previamente acordada. Este acierto conlleva el hecho de que quienes han quebrantado la misma regla son percibidos como una categoría homogénea, dejando de lado la subjetividad y las particularidades de cada persona. (Trimboli, 2017: 59-61)

Otra categoría a tener en cuenta son los *usos sociales*, es decir, prácticas relativamente duraderas, uniformadas, que se consideran obligatorias en la situación apropiada, pero no absolutamente obligatorias, puestas en vigor por los controles sociales informales antes que por la demanda o la coerción formal y tienen su origen de una manera no planeada y oscura antes que en forma deliberada. Cuando los usos sociales se repiten con suficiente frecuencia se convierten en *hábitos*. Las *costumbres* tienen en común con los usos sociales el hecho de que son planteadas en su origen, no son cuestionadas y son relativamente inmutables. Asimismo, las sanciones a su transgresión son también de índole formal y comunitaria, dependiendo de las relaciones espontáneas del grupo. La gente reflexiona sobre ellas solo cuando son cuestionadas. Por lo general se las da por sentadas, considerándolas como una parte sumamente importante de la naturaleza de las cosas. (Trimboli, 2017: 61-62)

El *prejuicio* significa acción y efecto de prejuzgar, opinión previa y tenaz, por lo general desfavorable, acerca de algo que se conoce mal. Por su parte, el prejuicio social es una actitud hostil o prevista hacia una persona que pertenece a un grupo, simplemente porque pertenece a ese grupo, suponiéndose por lo tanto que posee las cualidades objetables atribuidas al grupo. El prejuicio debe contener una actitud favorable o desfavorable, y debe estar vinculada a una creencia excesivamente generalizada y, por lo tanto, errónea. Además, tiene el carácter de inevitable para el individuo y contribuye a la comprensión estando enmarcado en la idea de tradición. Los hombres siempre se encuentran situados en una tradición histórica, lo que provoca que se hallen instalados en prejuicios que son el resultado del contexto dentro del cual es posible el diálogo y la comunicación. Es así que los prejuicios son mucho más que los juicios del individuo, es la realidad histórica de su ser. (Trimboli, 2017: 63-67)

Consecuentemente, el *estereotipo* es una imagen o idea aceptada por un grupo o sociedad con carácter inmutable, es decir, que representa a un colectivo. Se trata de un conjunto de creencias acerca de las características de las personas de un grupo determinado, que generaliza a casi todos sus miembros. Es un concepto simple, no complejo; es más falso que verdadero; es más frecuente que sea adquirido de segunda mano que por experiencia directa; es resistente al cambio y es el paso previo al prejuicio, que a su vez antecede a la discriminación. Se trata de una secuencia que va desde lo cognitivo a la actitud y de ahí al comportamiento. Un determinado estereotipo justifica el prejuicio y la discriminación de una sociedad hacia un grupo minoritario a quien se le atribuye el estigma. (Trimboli, 2017: 67-69)

Por su parte, el *estigma* se refiere a una serie de atributos que caracterizan a una persona o grupo de personas y le hacen pertenecer a una categoría social concreta. Se emplea para hacer referencia a un atributo profundamente desacreditador. El rasgo central que caracteriza la situación vital del individuo estigmatizado está dado por lo que se llama aceptación. Las personas estigmatizadas responden a la

situación de ser rechazadas mediante el intento de corregir directamente lo que se considera el fundamento objetivo de su deficiencia. Esto sucede cuando la persona tiene conciencia de inferioridad y, además, sabe que la corrección no es posible. Es probable que el estigmatizado sea quien, por lo general, debe realizar el mayor esfuerzo de adaptación. Ese individuo puede intentar establecer contactos mixtos mediante actitudes desafiantes, agresivas y provocadoras, lo que lleva como respuesta que el otro grupo justifique su actitud discriminadora. (Trimboli, 2015:69-72)

Con *percepción social* se hace referencia al conglomerado de opiniones, creencias, ideas y nociones que, en un momento dado y frente a una situación determinada, son compartidas socialmente. Esto no significa que sean absolutamente homogéneas. Seguramente, no se encontrará en la sociedad actual una única percepción, pero sí es posible reconocer una percepción social dominante. A su vez, se entiende por *control social* al proceso de desacreditar, estigmatizando a una persona o grupo, teniendo la función de control social. Ese control puede ser de tipo formal, llevado a cabo por las autoridades oficiales para mantener identificadas a ciertas personas, o informal donde la misma sociedad lo genera. Por tanto, son los medios utilizados por una sociedad para asegurar la adhesión a sus normas o, dicho de otra manera, la forma en que minimiza, elimina o normaliza el comportamiento desviado. (Touzé, 2010: 21-22)

Por último, se encuentra entre las categorías que influyen en las creencias el rol que ocupan los *medios masivos de comunicación*, los cuales responden a intereses específicos y reproducen discursos acordes a las ideologías dominantes. También gestionan los temas de las drogas privilegiando algunas fuentes, criminalizando la información y dando protagonismo a algunos temas. Las representaciones sociales, de este modo, se van constituyendo por discursos corporativos de tipo policial, judicial, médico y periodístico. Así el tratamiento informativo de las drogas revela un proceso de distorsión que se iniciaría en las fuentes que facilitan la noticia y se consumen en el proceso periodístico de tal modo que la visión final del problema no se corresponde con la realidad que la sustenta. Gómez y Serena (2015:149) citan a Bermejo y López de Luzuriaga, quienes afirman que “la visión de las drogas que hoy se encuentra es la de un fenómeno hiperproblematizado, una especie de drama universal que es mostrado a través de distintos estereotipos cargados de gran emotividad y que gira alrededor del miedo”. En el caso de los drogodependientes, los estereotipos dependerán de los modelos de interpretación socialmente consensuados por los sectores dominantes. (Gómez y Serena, 2015:147-150)

Relacionado con el rol de los medios de comunicación, se puede hacer referencia a lo que plantea Cassola, quien identifica tres tipos de información atinente a las drogas: *específica*, *inespecífica* y *propagandística*. La información específica habla en general de las diferentes drogas, de cómo se procuran, utilizan y consumen, generándose una descontextualización, con títulos elaborados por conclusiones propias de los periodistas. Mientras que la información inespecífica se trata de notas e informes que se limitan a mostrar el entorno de la problemática de la drogodependencia y a los consumidores en sus peores momentos, a quienes se criminaliza, victimiza y discrimina. Por último, la información propagandística

intenta banalizar el consumo de sustancias socialmente aceptadas y las muestra desde su lado más amable y vendedor. La realidad es que los medios de comunicación pueden usarse para *el bien* o para *el mal*. En el universo de las comunicaciones se habla más de las drogas que del daño que provocan. (Carakushansky y Viale, 2015: 95-96)

3.1.8. CONSECUENCIAS DEL CONSUMO

3.1.8.1. Alteraciones físicas y/o psicológicas

El **modelo médico-sanitario** identifica como consecuencias del consumo de sustancia a las alteraciones físicas y/o psicológicas, ya que las drogas actúan sobre el sistema nervioso central.

3.1.8.2. Inseguridad, desviación y malestar social

Por su parte, el **modelo ético-jurídico** considera que las adicciones provocan inseguridad, desviación social, malestar social y, por tanto, delincuencia.

3.1.8.3. Alteración del estado psíquico y de la conciencia

El **modelo psico-social** afirma que las sustancias psicoactivas producen una alteración del estado psíquico y del estado de la conciencia, como alucinaciones, sueño, disminución, retraso o suspensión de la actividad mental, generando alteraciones indeseables de las funciones psíquicas básicas, de la construcción y curso del pensamiento, de los procesos senso-perceptivos y, como resultado de todo ello, del comportamiento.

3.1.8.4. Afecta a todas las áreas vitales de la persona

Finalizando, el **modelo socio-cultural** considera que el consumo de sustancias tiene múltiples consecuencias a nivel comunitario, ya que no solo afecta a quien consume sino que repercute en su contexto mediato como inmediato, como en su salud, en su bienestar, en el adecuado desarrollo comunitario (económico, laboral, escolar). Reafirma que es una problemática social de gran magnitud.

3.1.9. MODALIDADES DE ABORDAJE

3.1.9.1. Leyes, medidas de seguridad y medidas curativas

En la década del '60 y '70, con una **visión ética-jurídica**, el consumo de drogas era visto como una actitud cuestionadora del orden establecido y moral. Desde una lógica prohibicionista y moralizante, la modalidad de abordaje es a través de leyes. En 1974, con la ley 20.771, se penaliza la tenencia de droga para consumo personal. Paralelamente se sanciona la ley 20.840 que reglamenta la "lucha antisubversiva" como eslabón de la Doctrina de la Seguridad Nacional. Asimismo, se crea el primer organismo público de atención específica de las adicciones: el Centro Nacional de Reeducción Social (CENARESO). "En esta etapa, se gesta una respuesta puramente represiva y penal". (Barrenengoa, 2014:266)

Es necesario destacar que el sistema actual de fiscalización de drogas en todo el mundo se basa en dos convenciones y un convenio internacional: la Convención Única de Estupefacientes de 1961, enmendada por el Protocolo de 1972; el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971; y la Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988. "Las tres convenciones sobre el control de drogas de las Naciones Unidas se fundan en la prohibición de una serie de sustancias y en el establecimiento de medidas para eliminar su producción, distribución y consumo" (Touzé, 2016: 15).

El sistema internacional de fiscalización de drogas se desarrolló sobre la premisa de que la reducción del mercado de drogas ilícitas puede lograrse con medidas prohibicionistas de control de la oferta. A pesar de que las convenciones relativas a las drogas mencionan la preocupación por la salud y el bienestar de la humanidad, esto no se refleja en forma proporcional en las convenciones, que se enfocan principalmente en la criminalización y contienen limitadas previsiones para el tratamiento y la rehabilitación de las personas que usan drogas. (Touzé, 2016: 15)

En agosto de 2010, el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental presentó a la Asamblea General de Naciones Unidas un informe examinando las medidas que atañen fundamentalmente al consumo y la tenencia de sustancias psicoactivas y sus diversos efectos en el derecho a la salud. (Touzé, 2016: 17)

Las estrategias aprobadas por la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han incluido explícitamente el tema de los derechos humanos en el tratamiento de los problemas vinculados a las sustancias psicoactivas. (Touzé, 2016: 20)

Estos énfasis deben leerse teniendo en cuenta la falta de coordinación y de debate que todavía existe entre los organismos que se ocupan de la lucha contra las drogas y los que se ocupan de los derechos humanos.

Junto al concepto de peligrosidad y defensa de la sociedad, en cuanto a que hay personas que son incorregibles y después de cumplir la pena vuelven a delinquir, aparece la medida de seguridad orientada exclusivamente a finalidades preventivas y cuyo presupuesto es la peligrosidad del autor del delito. “Las medidas educativas están dirigidas a experimentadores y/o principiantes; mientras que las curativas, a drogodependientes” (Trimboli, 2015: 121-122). “La medida de seguridad, desde una perspectiva positiva, no es una pena sino que es una medida general terapéutica que se aplica como consecuencia de la peligrosidad anterior o pos delictual” (Gómez y Serena, 2015:64). Artículos de la Ley 23.737 que dan cuenta de ello son: 16, 17, 18, 19, 20 y 21.

En la década del '80, a la respuesta penal existente se le agrega la respuesta médica de tratamiento y reeducación, aquí su vinculación con el **modelo médico-sanitario**. La Ley 20.737 sancionada en 1989 corona esta etapa, donde comienzan a proliferar Centros de Recuperación de Toxicómanos encargados de implementar medidas de seguridad curativas y educativas alternativas a la cárcel para los consumidores de sustancias (Ministerio de Justicia y Seguridad, 1989). Por otra parte, la Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social ya había generado las condiciones jurídicas para el establecimiento de nuevos modos de controlar al toxicómano, no solo a través del aislamiento penitenciario sino también del aislamiento bajo el modelo del hospital psiquiátrico. (Barrenengoa, 2014: 266-267)

Aquí es donde se hace presente el paradigma de la psiquiatría clásica, el cual postula considerar a la persona como enferma, anormal o desviada de aquello considerado normal o esperado socialmente. Debido a esto, se puede decir que la exclusión e intolerancia social y familiar eran reales; a modo de homogeneización y clasificación se ubicaba al toxicómano en instituciones estratégicamente diseñadas, en donde la a-temporalidad, la relación desigual y jerárquica en la vinculación médico-paciente (el médico tenía el poder mediante el diagnóstico) tenía lugar, acrecentando así la sintomatología. (Kuras y Resnizky, 1985)

Consecuentemente, se produce un cambio de paradigma desde la psiquiatría clásica anteriormente mencionada a la psiquiatría dinámica que supone considerar a la persona como un ser bio-psico-social que se construye en la intersubjetividad, como una persona que sufre y que es resultante de un todo social. Por lo que se introduce el concepto de abordaje múltiple, pensando al sujeto junto a su familia y afirmando la necesidad de trabajo en equipo, donde diversas disciplinas concuerden una estrategia terapéutica como agentes resocializantes, atendiendo todos los aspectos de la vida cotidiana. (Kuras y Resnizki, 1985)

Ya entrada la década del '90, se crea la Secretaría de Programación para Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR) donde se unifican en un organismo la atención

preventiva y la acción punitiva. Paralelamente a esta respuesta aparecen diversas ONGs con financiamiento mixto que comienzan a trabajar tanto con el tema del HIV como con los usuarios de sustancias. La estrategia será reducir tanto la oferta como la demanda desde el punto de vista jurídico-legal. Desde el punto de vista asistencial, las respuestas sanitarias de corte abstencionista se rigen por criterios de umbral máximo de exigencia, llamados así pues establecen la supresión forzosa de sustancias como condición de inicio, despliegue y como objetivo central de un tratamiento; se fundamentan en su mayoría en ciertos preceptos de las terapias cognitivas comportamentales (TCC). La comunidad terapéutica va a constituir el dispositivo estrella, por excelencia, de este modelo bajo la visión abstencionista. (Barrenengoa, 2014: 267)

Por su parte, la Ley de Salud Mental (LSM) busca revertir la aplicación de las internaciones forzadas. Establece que “en caso de que la internación fuera involuntaria o voluntaria prolongada, que las condiciones de la misma sean supervisadas periódicamente por el órgano de revisión” (Art. 7). También se prevé que el Estado deba “proporcionar un abogado a la persona internada involuntariamente desde el momento de la internación” (Art. 22) y se reconoce el derecho “a no ser sometidos a trabajos forzados, y a recibir una justa compensación por su tarea en caso de participar de actividades que impliquen obras o servicios que luego sean comercializadas” (Art. 7). (Touzé et.al, 2015: 25-26)

En lo que respecta a la relación con los servicios de salud, cuando los usuarios de drogas consultan, muchas veces se encuentran con barreras organizacionales y culturales que dificultan una atención oportuna y de calidad, tales como representaciones sociales estigmatizantes o la creencia de que “con esta gente no se puede hacer nada”. También son barreras de acceso las defensas colectivas ante problemas que los equipos sienten como “una papa caliente” que se deriva, deriva y deriva, rebotando de un lado a otro. En este contexto, la LSM establece que el Estado “garantiza el derecho de toda persona a: acceder de modo gratuito, igualitario y equitativo a atención integral de salud mental, desarrollada preferentemente fuera del ámbito de internación, en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, ser atendida en hospitales generales, sin discriminación, que no se creen nuevos manicomios y a que los existentes se adapten a los principios de esta ley, hasta su sustitución por dispositivos basados en la comunidad ser tratada en base a la estrategia de atención primaria de la salud en el lugar más cercano al domicilio” (Art. 27) . “Estas premisas exigen fuertes cambios en la organización del sistema de salud, en la articulación intersectorial y en el involucramiento de cada trabajador en la receptividad y escucha, aunque no sea hiperespecialista en el tema”. (Touzé et.al, 2015:26)

**3.1.9.2. Dos enfoques,
 abstencionismo y
 reducción de daños y
 múltiples dispositivos
 asistenciales como
 preventivos**

No es menor considerar los aportes que realiza el **modelo médico-sanitario** al plantear dos modos de abordar el consumo problemático de sustancias, que resultan antagónicos: la *reducción de daños* y el *abstencionismo*. La *política de reducción de daños*, es una estrategia que apunta a reducir los efectos adversos del consumo de sustancias. “Su principal objetivo, como política social, es minimizar las consecuencias negativas del consumo de drogas, tanto en los usuarios como en la población en general” (Trimboli, 2017: 153), aceptando al consumo como un hecho de la realidad y busca minimizar los daños que el mismo pueda traer aparejado. Los objetivos generales son: reducir la morbilidad, prevenir enfermedades infectocontagiosas, mejorar la calidad de vida e incrementar la accesibilidad y el contacto del usuario con el sistema de salud. Además sostiene que, pese a todos los intentos por eliminarlo, el uso de drogas existe de hecho y va a existir al menos en el corto plazo y en el mediano plazo. (Kornblit et.al: 51)

Por su parte, el *abstencionismo* tiene como objetivo suprimir el consumo. En este marco, las recaídas en el consumo de drogas son fuente propiciatoria de sanciones, castigos e incluso la suspensión o interrupción de tratamiento. Actualmente los equipos técnicos plantean mayor flexibilidad y tolerancia con las situaciones de recaída. Por eso se propone avanzar, por un lado, en el desarrollo de estrategias de prevención de recaídas y, por otro, en el trabajo terapéutico sobre los fenómenos cuando estos acontecen. (Gómez, 2015:147) A su vez, la visión médico-sanitaria establece una distinción entre *abordajes asistenciales* y *preventivos*. Vale destacar que los abordajes asistenciales son comunes a todos los modelos teóricos que resultan comparativos en el ensayo académico.

Los tratamientos, entonces, son tratados como un modo de tratar o de curar la enfermedad crónica. Entre ellos se pueden encontrar: *la desintoxicación, los grupos de autoayuda, las comunidades terapéuticas, el tratamiento residencial, de sustitución farmacológica, consultorio externo, ambulatorio, hospital de noche, hospital de día y hospital de día de inclusión socio-sanitaria* (Trimboli, 2017: 135-162). Moreno (2015) realiza una reflexión en cuanto a los tratamientos afirmando que lo que ofrece un tratamiento con lo que ofrece el consumo de sustancias se presenta como un par de elementos opuestos y antagónicos: el consumo de sustancias genera placer inicialmente y dolor y frustración en un segundo momento, y un tratamiento ofrece lo mismo, pero en un orden invertido. Por tanto, es peligroso desconocer la dimensión subjetiva y personal del consumo de sustancias.

El tratamiento de *desintoxicación* tiene su origen en el periodo entre las dos Guerras Mundiales donde comienzan a implementarse los primeros tratamientos médicos para adictos a la heroína. “Se trataba de terapéuticas médicas de desintoxicación, los pacientes ingresaban al hospital, habitualmente con síndrome de abstinencia. Entonces se los desintoxicaba, se los compensaba clínicamente y egresaban” Trimboli (2017:141). Esos tratamientos fueron denominados de puertas giratorias porque lo único que hacían era desintoxicar a personas y darles el alta. De esta manera, al poco tiempo volvían a consumir y se las internaba nuevamente para continuar con este circuito. Al no poder brindar tratamientos efectivos, de a poco la medicina fue dejando de ocuparse del problema de los adictos, considerando a esas personas enfermos incurables, delincuentes o viciosos. “Es recién en la década del ‘60 que la OMS comienza a publicar informes en los cuales las adicciones comienzan a ser consideradas como problemas de salud” (Trimboli, 2017:141). Actualmente, los dispositivos de desintoxicación siguen vigentes con los objetivos propuestos en sus inicios.

Dentro de los *grupos de autoayuda* se encuentra como referente Alcohólicos Anónimos (AA). “La historia de AA comienza en 1935 cuando Bill W., un corredor de bolsa y Bob S., un médico cirujano, ambos alcohólicos, se reúnen para fundar una agrupación de alcohólicos que diera la posibilidad de ayudar a personas con ese padecimiento” (Trimboli, 2017: 142). Uno de los conceptos que aparece con más fuerza es que nadie conoce mejor a un alcohólico que otro alcohólico, por eso es fundamental la transmisión de la experiencia por medio del apadrinamiento. El padrino es un miembro veterano de AA que ha logrado mantener durante un largo tiempo la sobriedad. Esta forma de terapia ocurría en un ambiente no-residencial donde no existía el concepto de cura y se consideraba que el que es alcohólico lo es para siempre. El programa de recuperación se basa en los “doce pasos” para llegar a una sobriedad serena asumiendo la existencia de la dimensión espiritual y la creencia en un poder superior capaz de ayudar al individuo a resolver sus problemas. Ha inspirado la aparición de varios otros grupos que adoptan total o parcialmente su programa de recuperación y forma de organización, incluida la puesta en marcha de los doce pasos: grupos de familiares y amigos de los alcohólicos (ALANON), de los hijos adolescentes de los alcohólicos (ALTEEN), de Narcóticos Anónimos (NARANON) y, a partir de ahí, otros grupos para diferentes problemáticas. (Trimboli, 2017:142-144)

Otra modalidad de tratamiento son las *Comunidades Terapéuticas* (CT) (Trimboli, 2017:144-150). Son programas residenciales libres de drogas que usan un modelo jerárquico con diferentes etapas de tratamiento, idénticas para todos los residentes, donde se espera que adquieran en cada una de esos tramos un mayor nivel de responsabilidad, para llegar finalmente a la graduación. Hay diferentes tipos de comunidades terapéuticas: las hay públicas, semipúblicas, religiosas o privadas. También hay algunas que disponen de profesionales y otras no. Lo que todas tienen en común es la utilización de un sistema cerrado, libre de drogas y muy pautado. Dos son sus objetivos principales en los ámbitos individual y grupal: primero, la rehabilitación del adicto y, segundo, como toda la comunidad es responsable de su propio funcionamiento, enseñar al adicto mecanismos de autorregulación y autosuficiencia. A su vez, se utiliza el

aislamiento del paciente de los familiares y allegados: se impide el contacto con ellos durante los primeros meses de tratamiento y la duración va desde el año y medio hasta los tres años.

El modelo actual de CT deviene de dos corrientes muy particulares. La primera orientada hacia la asistencia de diversos problemas de salud mental en general y la segunda planteada específicamente para el tratamiento de adictos. Ambos tipos de CT reproducen identidades diferentes, estructuras corporativas propias y se inscriben sobre tradiciones ideológicas alternativas.

El concepto de comunidad terapéutica fue descrito por Main en 1946 al detallar la labor realizada en el Northfield Hospital, de Birmingham, Inglaterra, durante el final de la Segunda Guerra Mundial. En ese centro, un grupo de psicoanalistas y de terapeutas de grupo, que trabajaban con ex soldados con estrés postraumático, desarrollaron un nuevo modelo de vida institucional para el tratamiento de padecimiento mental. (Trimboli, 2017:144)

Más tarde, la lógica de comunidad terapéutica fue puesta en funcionamiento en forma oficial y desarrollada en Inglaterra, en 1952, por Maxell Jones, miembro del equipo de Main. Para él:

Los axiomas básicos de la CT eran dos: toda persona que actúa debe hacerlo terapéuticamente y toda actividad debe tener el mismo carácter Según Galimberti, la CT, tal como fue pensada por Jones, representa una forma de tratamiento en la que el ambiente social de una comunidad es parte integral de la terapia. (Trimboli, 2017: 144-145)

La idea de Jones surge a partir de una mirada crítica y de una reacción ante las condiciones de los servicios de salud mental de esa época. La alternativa ante tal solución tenía que ver con un intento de establecer un sistema democrático en los hospitales, donde la dominación de los médicos se reemplazara por una comunicación abierta de contenido y sentimientos, compartiendo los pacientes y el personal la información la toma de decisiones y la solución de los problemas. (Gómez y Serena, 2015: 92)

Es en este contexto en donde comenzaba a gestarse el discurso de la *anti psiquiatría*. Propone un cambio sustancial hacia el adentro de dichas instituciones. Propone un encuentro entre profesionales a cargo de los servicios y los usuarios de los mismos, deconstruyendo así jerarquías establecidas hegemónicamente. En donde todos/as asumían los mismos deberes y derechos como miembros iguales dentro de este dispositivo-sociedad. Si bien en sus orígenes la mayoría de los aportes teóricos provenían del psicoanálisis, la tendencia marcada por Jones tenía que ver con incluir e integrar todas las visiones y orientaciones terapéuticas vigentes, como los modelos conductuales y la teoría de los sistemas. Más allá de sostener el modelo igualitario al interior de estos centros, los roles mantenían cierta asimetría. El reconocimiento fundamental de la obra de Jones tiene que ver con su aporte en el proceso de mejorar las

condiciones de asistencia de las personas con trastornos mentales en general, asignándole al usuario de los servicios protagonismo y voz en su propio proceso terapéutico. (Gómez y Serena, 2015:93-94)

Más tarde surgen las comunidades terapéuticas de rehabilitación para el tratamiento de los denominados adictos. Muy diferentes a las comunidades terapéuticas originales. De esta manera, desaparece la oposición adicto-profesional, con el objetivo de que el residente pase de una actitud pasiva a una de responsabilidad activa. Sin embargo, la modalidad de organización de la comunidad terapéutica es fuertemente jerárquica y normativa: se ponen en práctica metodologías de disciplinamiento y reeducación, con implementación de un sistema de premios y castigos orientados a la modificación de las conductas. (Trimboli, 2017: 145)

En 1958, Charles E. Deberich, ex integrante de AA, funda en California, Estados Unidos, la primera comunidad terapéutica para la recuperación de adictos a sustancias psicoactivas, denominada Synanon. Trimbolini (2017:148-149) afirma que fue una comunidad muy polémica debido a la ausencia de profesionales en el tratamiento, su particular estilo terapéutico y el uso de la confrontación o la denominada terapéutica de ataque. Ofrecía un espacio de contención cerrado, en donde los adictos permanecían todo el tiempo en la residencia asumiendo que el resto de la sociedad no estaba preparada para aceptarlos ni darles inclusión o tratamiento. Sus rasgos principales fueron una firme posición de abstinencia, un fuerte culto al dominio de sí y la autodeterminación. En la década del '70 este lugar terminó convirtiéndose en Iglesia, hasta que se disolvió definitivamente en el año 1989. (Gómez, 2015:95-96)

En 1963, un grupo de integrantes de Synanon, junto con el Dr. Dan Casriel y un sacerdote protestante, William O' Brien, fundaron Daytop Village en Nueva York, que luego fue modelo para otras muchas comunidades terapéuticas [...] Era directo y pragmático como Synanon, alentando la autorresponsabilidad en los adictos [...] La CT es un estilo de tratamiento que involucra a la persona en el proceso de recuperación y da herramientas para que el individuo tenga una vida plena y positiva con saludables relaciones de apoyo y un trabajo satisfactorio [...] Fue la primera de las CT para las personas usuarias de sustancias que incluyó a la familia. Con el tiempo, incorporó profesionales a la institución, constituyendo un modelo de trabajo mixto con no profesionales [...] Su misión es lograr la abstinencia total del uso de sustancias, así que se trataba de un programa basado en la familia, dirigido por pares y que incluía un equipo multidisciplinario. (Trimboli, 2017: 149-150)

Otras de las modalidades de abordaje asistenciales son las *Comunidades Religiosas*, muchas veces son dirigidas por clérigos o pastores cuyo objetivo es llevar al adicto a una nueva alianza, no ya con la droga, sino con la religión como contra-droga. La persona es considerada la oveja descarriada, la enfermedad es tratada como una desviación moral y su recuperación es como un retorno al rebaño. Pueden catalogarse como comunidad de vida o comunidad de tipo familiar, en ellas se incentiva el amor, pero no

existe ningún tipo de tratamiento psicológico. Se basan en la idea de que el trabajo y el amor son los mejores elementos para ayudar a salir de la droga. (Trimboli, 2017:151)

Con el correr del tiempo, en forma muy lenta y no en la cantidad necesaria, fueron incorporándose nuevas modalidades de abordaje: *tratamiento residencial, tratamiento de rehabilitación, tratamiento individual, tratamiento de sustitución farmacológica, consultorio externo, ambulatorio, hospital de noche, hospital de día y hospital de día de inclusión socio-sanitaria.*

Los *tratamientos residenciales* brindan atención las veinticuatro horas del día con el usuario internado, desde un nivel de abordaje individual. El *tratamiento de rehabilitación* por lo general consiste en residencias externas indicadas para pacientes en la última etapa de tratamiento. Están incluidos los dispositivos previos a la internación y aquellos que con un programa prefijado se incluyan en los objetivos de reducción de daños. El tratamiento de *sustitución farmacológica* es un programa de tratamiento cuyo objetivo es lograr la disminución y eliminación de los síntomas de abstinencia y el deseo por el consumo de las sustancias a través de la sustitución por un fármaco de la misma clase, de duración más prolongada y que permita una reducción paulatina de la misma. Estos medicamentos, al actuar sobre los mismos lugares del cerebro que la droga a la que sustituyen, bloquean los efectos de la misma, suprimen los síntomas del síndrome de abstinencia y alivian el deseo de consumo. Esto ayuda a los pacientes a abandonar la búsqueda de la sustancia, es por tanto un tratamiento de carácter individual. (Trimbolini, 2017: 152-153)

Por otro lado, se encuentra el *consultorio externo*, es decir, un dispositivo profesionalizado que brinda la posibilidad de realizar consultas de tipo diagnósticas y de orientación, así como también tratamientos psicológicos o psiquiátricos, individuales o grupales. Los *tratamientos ambulatorios* refieren a dispositivos a los que los pacientes asisten con una frecuencia estipulada, cuentan con terapias individuales, familiares y grupales. El *hospital de noche* es una institución que brinda asistencia nocturna; el paciente mantiene actividades diurnas fuera de ese lugar, pero todas las noches regresa para pernoctar allí, mientras que el *hospital de día* ofrece tratamiento diurno de lunes a viernes (cuatro horas diarias, medio día o jornadas de seis a ocho horas, con almuerzo). Este dispositivo, que a la vez es un tratamiento de mediana/alta complejidad, es sumamente útil para que el usuario pueda mantener sus vínculos familiares o amistades, como así también sus estudios o trabajo, si no los ha perdido. Funcionan fuera de la estructura de hospitales generales, funcionan dentro de hospitales psiquiátricos, en centros de Salud mental Privados u ONGs. (Trimbolini, 2017: 152-153)

Por último, se encuentra el *hospital de día de inclusión socio-sanitaria* siendo el Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Álvarez, de la ciudad de Buenos Aires, el único a nivel público. Este dispositivo ambulatorio, que funciona con la modalidad de internación parcial para pacientes usuarios de drogas, constituye una alternativa a la internación de tiempo completo. Se inserta por primera vez esta compleja problemática no solo dentro del ámbito de la Salud Mental, sino también dentro de la salud en general.

Después de varias décadas se reconoce la importancia de la inclusión al sistema de salud para ser tratada la problemática de forma interdisciplinaria, con herramientas científicamente fundadas y dentro de las normas éticas, pero fundamentalmente con perspectiva de derechos. Surge a raíz de la necesidad de dar asistencia a usuarios de drogas que, por su estado, no estaban en condiciones de ser incorporados a un tratamiento ambulatorio convencional y, al no existir alternativas, terminaban internados durante años en instituciones monovalentes, como las autodenominadas comunidades terapéuticas. Algunos, en el mejor de los casos, accedían a tratamientos de hospital de día en clínicas psiquiátricas o en ONGs con lógicas que no coinciden con los criterios profesionales y éticos aceptados por las diferentes orientaciones profesionales actuales. (Trimboli, 2017:163-170)

El dispositivo del hospital de día del Hospital Álvarez funciona dentro del *Grupo de trabajo de adicciones*. Ofrecen grupos terapéuticos ambulatorios para pacientes con consumo problemático de sustancias y para otros con juego patológico, tabaquismo y diversas conductas adictivas. Asimismo brinda tratamiento psiquiátrico, cuando es necesario, psicoterapia familiar, individual y vincular. También, y a partir de la demanda actual, funciona un grupo terapéutico para pacientes denominados *duales*. Es decir que el hospital de día es solo una de las alternativas ofrecidas por el equipo para esta problemática. Al ser un hospital general que cuenta con un servicio de salud mental y dispone para el mismo de una sala de internación con veinte camas, en caso de ser necesario, en casos excepcionales, permite que los pacientes accedan a una internación breve, con la ventaja de que los miembros se encuentran internados en la sala de salud mental, concurren todos los días a realizar tratamiento en el hospital de día. La estrategia terapéutica con cada paciente toma en cuenta su singularidad y, luego de iniciado el tratamiento, puede variar tantas veces como sea necesario. Las altas se producen aunque el paciente siga manifestando algún tipo de consumo, pero su relación con el tóxico ha dejado de ser problemática. (Trimboli, 2017:163-170)

En relación a los *abordajes de carácter preventivo*, el modelo médico-sanitario en una primera instancia realiza una distinción entre *promoción de la salud* y prevención. La OMS define a la promoción como

El proceso por el cual la gente se capacita para aumentar el control sobre su salud y mejorarla. Para alcanzar un estado de bienestar físico, mental y social completo el individuo o grupo debe ser capaz de conseguir sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y cambiar o hacer frente al ambiente en el que vive. (Bobes et.al, 2011: 311)

La promoción de la salud trata de implicar a la población general en su conjunto, desde el mismo contexto de su vida normal, más que concentrarse en las personas concretas en riesgo de enfermedades específicas. De esta manera, la promoción de la salud coincide o enmarca muchas iniciativas preventivas universales, coincidiendo de alguna manera con lo que se denominaba como prevención inespecífica. Utiliza estrategias o instrumentos circunstanciales como la movilización, la capacitación de la comunidad,

el empoderamiento de los individuos, con el fin último de prepararlos para ejercer control sobre las elecciones que afectan a su propia salud y bienestar tanto a nivel individual como comunitario. Se trata de actuar sobre aquellos aspectos modificables de su entorno, es decir, identificar y modificar aquellos aspectos del ambiente que influyen sobre el consumo de sustancias y sus consecuencias. La forma de influir sobre los problemas es más indirecta, promover la salud mental a través de aumentar el bienestar psicológico, la capacidad personal y la resiliencia, creando unos contextos y condiciones de vida que lo faciliten. (Bobes et.al, 2011: 311-317)

La *prevención primaria* de trastornos adictivos refiere al:

Conjunto de actividades y procedimientos que tienen como fin evitar la aparición de los trastornos por adicción por uso de sustancias y, de manera más definida, impedir o retrasar el consumo de drogas, mantener la salud o un estado saludable en la población objetivo y promover metas deseables, disminuyendo factores de riesgos y aumentando los de protección, en tres posibles contextos: universal, selectivo e indicado. (Bobes et.al, 2011: 319)

A su vez, la prevención del consumo de drogas y de sus problemas asociados puede dividirse de múltiples formas de acuerdo con el criterio que se utilice. (Bobes et.al, 2011: 319-321)

Según la oferta y demanda, las intervenciones preventivas operan con el objetivo de disminuir la incidencia y prevalencia del consumo de drogas en la población, para lo que pueden actuar sobre la oferta, dificultando el acceso a la droga; o bien sobre demanda, modificando de múltiples formas la motivación de las personas para usar las drogas. Ambas tienen un carácter complementario, dado que ambos polos del “mercado de las drogas” son también interdependientes. Una mayor oferta puede inducir una mayor demanda y, a su vez, una mayor demanda incentiva extraordinariamente la existencia de una mayor oferta. (Bobes et.al, 2011: 319)

Una segunda clasificación hace referencia a la propuesta de Gordon, según la cual pueden establecerse tres tipos de prevención de acuerdo con el *nivel de riesgo de la población* a la que va destinada y, por lo tanto, a los previsibles beneficios y costes asociados. En un primer nivel, las actividades preventivas que tienen como objetivo a la población general forman parte de la llamada *prevención universal*. Esta actividad preventiva se sustenta en la idea de que las intervenciones de no muy alta intensidad podrían tener efectos beneficiosos en la población general, reduciendo la probabilidad de aparición de los problemas o trastornos. Un segundo nivel de prevención tendría como objetivo a los grupos o partes de la población que presentan un elevado riesgo de presentar el trastorno o la conducta problema. Estas intervenciones se agrupan bajo la categoría de *prevención selectiva*. Por último, en el tercer nivel, se encontrarían las actividades preventivas que están concebidas para ser aplicadas a los individuos que presentan una alta vulnerabilidad de presentar el problema o el trastorno, de acuerdo con las evaluaciones

individuales que se hayan podido llevar a cabo. Este tercer tipo de prevención se denomina *prevención indicada*. Tanto la prevención selectiva como la indicada presuponen intervenciones más intensivas que las desarrolladas en la prevención universal, por lo que es probable que supongan costes mayores, aunque podrían obtener paralelamente mayores beneficios dado el riesgo más elevado que presentan los grupos destinatarios. (Bobes et.al, 2011: 319-320)

Una tercera forma de clasificar la actividad preventiva es la que utiliza el *criterio de los distintos tipos de contexto* donde se realiza. Los espacios sociales donde se llevan a cabo con más frecuencia los programas preventivos son, de mayor a menor amplitud, *el ámbito comunitario, la escuela y la familia*. Puede haber otros ámbitos, como el laboral, el de la salud, el religioso, el militar pero se les presta menos atención y su desarrollo es menor. (Bobes et.al, 2011: 320)

La *prevención comunitaria* tiene como objetivo un resultado concreto dentro de la población que compone esa comunidad y para conseguirlo utiliza múltiples canales sociales, políticos y económicos que influyen las conductas que se relacionan con el riesgo que se desea evitar. En puridad, toda prevención debería estar enmarcada dentro de un ámbito comunitario para mejorar su efectividad, ya que los problemas de abuso de sustancias son de naturaleza multicausal y están altamente correlacionados con otros problemas de salud y sociales. No hay ninguna intervención que de forma aislada y dirigida a un solo aspecto o factor de riesgo/protección pueda tener un éxito significativo si se desatiende el contexto ecológico donde se desarrolla la conducta. Por otro lado, dada la naturaleza multicausal y multinivel de los factores de riesgo y de protección que inciden en el consumo de drogas, la intervención tiene que tener una perspectiva que dé cuenta de esos factores y de sus interrelaciones. La prevención comunitaria permite la realización de planes y programas que alcancen los factores sociales de riesgo y protección más generales que influyen en las conductas de consumo, sin descuidar la integración y coordinación de los programas que tienen un ámbito más restringido dentro de la comunidad, como los programas escolares familiares que se realizan en los centros de trabajo. (Bobes et.al, 2011: 320)

La *prevención escolar* es la que se realiza en el ámbito de la escuela y tiene como destino a los alumnos escolarizados. Sus objetivos más comunes son la diseminación de la información, la educación afectiva, el fenómeno de las conductas alternativas al consumo de drogas, el incremento de las habilidades de resistencia social y la mejora de las competencias para afrontar diversas dificultades personales. Las técnicas de los programas de prevención, que se basan en la adquisición de aprendizajes y la modificación de actitudes, no difieren significativamente de los procedimientos de instrucción escolar, y por lo general pueden integrarse bien dentro del currículo formativo del alumno. (Bobes et.al, 2011: 320)

La *prevención familiar* se realiza con las familias, normalmente dentro de un contexto comunitario o escolar. El ámbito familiar agrupa a un importante grupo de factores de riesgo y protección y, por ello, se ha convertido en un campo de aplicación prioritario para la prevención. Los principales objetivos son: apoyar los cuidados físicos y psicológicos de los niños en edad temprana, mejorar el conocimiento que

tienen las familias de las peculiaridades y características del desarrollo infantil, potenciar las oportunidades y habilidades familiares que faciliten las intervenciones positivas con los hijos, mejorar la comunicación y la aplicación de la disciplina, reducir los conflictos intra-familiares y promover las habilidades que faciliten las actividades pro sociales y las habilidades cognitivas y académicas de los hijos. (Bobes et.al, 2011: 321)

Por consiguiente, correspondería a la *prevención secundaria* aquellas acciones dirigidas a procurar la detección y tratamiento precoz y el objetivo sería identificar e intervenir terapéuticamente lo antes posible sobre el problema. La prevención selectiva tiene por objeto prevenir al agravamiento de las conductas adictivas y el deslizamiento hacia la exclusión social antes de que se manifieste la necesidad de tratamiento. Se deben considerar las condiciones de riesgo, como las condiciones de protección, habitualmente más olvidadas y de gran relevancia para la intervención educativa. Adoptar una perspectiva de largo plazo que preste una especial atención a los momentos evolutivos críticos, ya que las intervenciones preventivas son más eficaces si se adaptan a las características psicológicas de la población objetivo, y reconocer las influencias que sobre las drogodependencias y su prevención se producen desde múltiples contextos y niveles. Las intervenciones se dirigen a grupos donde el elemento prioritario no es tanto el hecho de si se han iniciado o no en el consumo de drogas, sino que presenten una serie de atributos personales, sociales y culturales que los sitúan en posición vulnerable ante posibles problemas relacionadas con el consumo de sustancias. (Bobes et.al, 2011:329-334)

En relación a la *prevención terciaria*, se encuentra la *reducción de daños* que se refiere a las políticas, programas y prácticas que buscan reducir las consecuencias en salud, sociales y económicas asociadas con el consumo de drogas psicoactivas, en personas que no pueden o no quieren parar el consumo. El objetivo principal es la prevención del daño, especialmente en personas que continúan usando drogas minimizando las complicaciones médicas y psicopatológicas derivadas del consumo de drogas, promoviendo el uso de vías menos incisivas o peligrosas, enseñando hábitos higiénicos y dietéticos saludables, acercando el paciente progresivamente a los recursos asistenciales y fomentando finalmente la abstinencia de sustancias. No hay una definición universal o forma de implementar la reducción de daños, sin embargo, considera los siguientes principios centrales para la práctica (Bobes et.al, 2011:338-345)

- Acepta que el uso lícito o ilícito de drogas es parte del mundo.
- Reconoce que muchas personas continúan usando sustancias psicoactivas a pesar de los grandes esfuerzos para prevenir el inicio o continuidad en el uso de drogas.
- Elige el minimizar los efectos dañinos más que simplemente ignorarlos o condenarlos.
- Entiende la utilización de drogas como un fenómeno complejo y multifacético que comprende un continuo comportamiento desde el abuso severo hasta la total abstinencia
- Identifica que hay vías de administración y modos de uso de las drogas que son menos dañinos que otros.

- Busca la calidad de vida tanto individual como comunitaria.
- Propone que el cese del consumo es un criterio relativo para evaluar el éxito de las intervenciones y políticas acerca del consumo de drogas.
- Busca la provisión de servicios y recursos de una manera no moralizante y no coercitiva para las personas adictivas, procurando que ellos mismos compartan información y estrategias de soporte dentro de su grupo para conocer sus condiciones actuales de uso.
- Reconoce que realidades como la pobreza, racismo, aislamiento social, vivencia pasada de situaciones traumáticas, discriminación de género y otras desigualdades sociales afectan a personas vulnerables, así como a su capacidad de manejo de los daños relacionados con el consumo.

Finalizando con la visión médico-sanitaria, es necesario destacar los *modelos teóricos para la prevención* que plantea. Estos son: *modelos parciales*, *modelos teóricos de estado y evolutiva* y *modelos integrativos y comprensivos*. (Bobes et.al, 2011: 323-324)

- Los *modelos parciales* se refieren la relación que hay entre los factores singulares y la conducta de consumo, tanto en lo que refiere a su inicio como a su mantenimiento. Así, hay modelos teóricos que explican el inicio o el mantenimiento de la conducta de consumo en base a factores psicológicos; unos a través de mecanismos de aprendizaje, como el condicionamiento y otros, por medio del funcionamiento cognitivo, como la teoría de la acción razonada o la conducta planificada. También en este apartado se pueden encontrar modelos que vinculan la conducta adictiva a un sustrato biológico o postural que es consecuencia de buscar un mecanismo de afrontamiento biológico para mejorar los problemas emocionales.
- Los *modelos teóricos de estado y evolutiva* atienden fundamentalmente a la relación entre los factores que condicionan el consumo y el momento evolutivo del sujeto en riesgo. Este momento evolutivo puede venir determinado por el cambio de roles producto del paso de la infancia a la adolescencia o de la adolescencia al estado adulto, el consumo preferente de unas drogas sobre otras, el cambio motivacional para dejar el consumo de drogas según la perspectiva de los estadios de cambio de Prochaska y DiClemente, la madurez psicobiológica asociada al control personal y la auto-eficacia, o la mayor vulnerabilidad psicopatológica asociada a las adolescencia.
- Los *modelos integrativos y comprensivos* pretenden incorporar los diferentes factores implicados en el consumo de drogas en un único modelo teórico. Si no tienen afán reduccionista, los modelos de este subgrupo deben dar cuenta de la relación existente entre el consumo y los tres grandes grupos más importantes de los factores de riesgo y protección: macro sociales, micro sociales e intraindividuales.

**3.1.9.3. Psicoanálisis, terapia
cognitivo-conductual y
modelos basados en la
evidencia para pensar la
asistencia como la
prevención**

Desde una **visión psico-social**, las modalidades de abordaje propuestas son: el *psicoanálisis*, la *terapia cognitivo-conductual* y *modelos basados en la evidencia*; las cuales comprenden la problemática de diferente modo y resultan hasta polémicas. A continuación, se hará referencia brevemente a cada una de ellas.

Desde el *psicoanálisis*, Freud en el año 1930 plantea que existen muchos métodos que el sujeto emplea para evitar el displacer. Frente a las dificultades que pueden existir en la relación de ese sujeto con la sociedad, existe una manera de alejarse, de sustraerse. La estrategia consiste en protegerse del mundo externo, alejándose de él. Un camino posible es influir sobre el propio cuerpo y Freud ubica que es una manera eficaz: la intoxicación que puede sumir al sujeto en la soledad de un goce sin *Otro*. Salamone en el año 2004 señala que la droga implica un modo de gozar que responde al autismo contemporáneo, guarda relación con todas las invenciones para permanecer alejados del *Otro*. Es por esta razón que ese consumo se puede entender como un síntoma sin el *Otro*, no necesita de las significaciones del *Otro*. Entonces surge la pregunta, ¿cómo hacer pasar ese goce autista del consumo a un goce que se relacione con el *Otro*, es decir, con el inconsciente? En principio, el consumo está ligado al mercado, al discurso capitalista que alimenta la pulsión de muerte en los sujetos consumidores que terminan siendo consumidos. Se trata de introducir la dimensión de la falta para producir un cortocircuito en el goce autista del sujeto.

Por su parte, la *terapia cognitiva* es un sistema de psicoterapia que intenta reducir las reacciones emocionales excesivas y las conductas contraproducentes mediante la modificación del pensamiento erróneo o defectuoso y las creencias desadaptativas que subyacen a estas reacciones. Cuando se aplica al abuso de sustancias, el abordaje cognitivo ayuda a los individuos a luchar a brazo partido con los problemas que les producen angustia emocional y a establecer una perspectiva más amplia de su confianza en las drogas para conseguir placer y/o alivio del malestar. De acuerdo con la perspectiva cognitiva, la forma en que las personas interpretan determinadas situaciones influye en sus sentimientos, motivaciones y acciones. Sus interpretaciones, a su vez, se modelan de distintas formas por las creencias pertinentes que se activan en estas situaciones. (Pedredo Pérez, Fernández Hermida, Casete Fernández, Bermejo González, Secades Villa y Gradolí, 2008: 41).

Por otro lado,

La concepción psicológica de los trastornos de abuso de drogas es también la que subyace en el modelo bio-psico-social o bio-conductual que hoy constituye el marco predominante para el análisis y tratamiento de la conducta adictiva, *basado en la evidencia*. De acuerdo con este modelo, los componentes esenciales para explicar la iniciación, mantenimiento o abandono de la conducta adictiva son la *vulnerabilidad individual*, el *contexto* y las *consecuencias*. (Pedredo Pérez et.al, 2008:14)

El contexto y las consecuencias, además de moldear la vulnerabilidad psicológica, se relacionan con la conducta del individuo a través de diversos mecanismos psicológicos, entre los que se encuentran los vinculados al aprendizaje (tales como los procesos de condicionamiento vicario, operante o clásico) o los patrones de comunicación e interacción (tal y como se entienden, por ejemplo, desde un modelo sistémico). El uso de drogas es un tipo de comportamiento que tiene un carácter dimensional (desde la abstinencia, pasando por el consumo esporádico hasta el abuso continuo) que está multifactorialmente determinado. Las contingencias no están solamente relacionadas con las que se derivan directamente del consumo de la sustancia, tales como los efectos reforzantes (positivo o negativo), sino también se refieren a las ganancias y pérdidas de reforzadores en otros múltiples dominios, tales como el reconocimiento social, los recursos económicos, la salud, las relaciones afectivas. En realidad, el efecto reforzante del consumo de una sustancia puede entenderse como una función que resulta de la interacción de una persona multi-dimensional con el uso de la sustancia y el complejo contexto ambiental asociado. Según la Teoría de la Elección Conductual, el uso de drogas en el individuo se mantendrá mientras las ganancias por su consumo sean superiores a las pérdidas producidas por su precio (recursos empleados) más los costes de oportunidad (reforzadores alternativos perdidos por el uso de la sustancia). (Pedredo Pérez et.al, 2008)

Es importante considerar los *principios propuestos por la visión psico-social acerca de los abordajes asistenciales*. (Pedredo Pérez et.al, 2008: 15). Estos son:

- No hay tratamiento único que sea apropiado para todos los individuos.
- El tratamiento necesita estar disponible fácilmente.
- El tratamiento efectivo atiende a múltiples necesidades del individuo, no solo al uso de drogas.
- Un plan de tratamiento y de servicios individual debe ser continuamente evaluado y modificado cuando se considere necesario para asegurar que el plan atiende las necesidades de cambio de la persona.
- Permanecer en el tratamiento durante un adecuado periodo de tiempo es crítico para la efectividad del tratamiento.
- El tratamiento individual y grupal y otras terapias conductuales son componentes críticos del tratamiento.
- La medicación es un elemento importante en el tratamiento para muchos pacientes.

- Los individuos adictos o que abusan de drogas que presentan trastornos mentales coexistentes deberían tener tratamiento para ambos trastornos de forma integrada.
- La desintoxicación médica es solo el primer estadio del tratamiento de la adicción y por sí misma significa poco en lo que se refiere al uso de drogas a largo plazo.
- El tratamiento no necesita ser voluntario para ser efectivo; el posible uso de drogas durante el tratamiento debe ser monitorizado continuamente.
- Los programas de tratamiento deberían incluir evaluación para el VIH, SIDA, hepatitis C y B, tuberculosis y otras enfermedades infecciosas.
- La recuperación de la drogadicción puede ser un proceso a largo plazo y frecuentemente requiere múltiples episodios en el tratamiento.
- La motivación para el tratamiento y el cambio son conceptos críticos en el tratamiento, que deben ser necesariamente abordados desde una perspectiva psicológica homogénea con la propia naturaleza del concepto de motivación.
- Equiparación entre la modalidad del tratamiento y las condiciones del individuo.
- La recaída debe ser considerada como resultado de mecanismos psicológicos de aprendizaje y condicionamiento en los que actúan distintos factores antecedentes y consecuentes que incluyen los sucesos ambientales, cognitivos-afectivos, fisiológicos y conductuales; el conocimiento e intervención sobre los determinantes de las recaídas son esenciales; están presentes tanto factores intrapersonales como interpersonales.

En lo que refiere a los *abordajes preventivos*, el modelo psico-social plantea la necesidad de repensar como afirman Carakushansky y Viale (2015), sobre el *hardware* preventivo: se lo entiende como todos los medios/instrumentos que son utilizados para vehiculizar los programas/mensajes preventivos, o sea, el cómo se dice. La modificación del hardware preventivo implica pasar del vehículo palabra-lectoescritura-linealidad-abstracción característico del *Homo Sapiens* a la imagen-polisemia-simultaneidad-emoividad. Implica abandonar el clásico folleto y reemplazarlo por imágenes en movimiento, el video clip preventivo, el video juego preventivo, dejar de escribir y leer la prevención para transformarla en un ejercicio del ver y sentir. Además, se entiende por *software* preventivo al conjunto de conceptos preventivos, el qué se dice. Aquí vale la pena aclarar que gran parte de la base conceptual tiene como fundamento la psicopatología, la enfermedad. Cambiar el software implica, entre otras cosas, alejarse de la ciencia de la victimología y acercarse a la ciencia del bienestar, el mensaje debe poder transmitir alegría y optimismo. (Carakushansky y Viale, 2015: 45-46)

**3.1.9.4. Abstencionismo y
reducción de daños,
prevención en sus
diferentes niveles y
asistencia. Funciones
relevantes desde el Trabajo
Social**

El modelo **socio-cultural**, centrándose en el rol del Trabajador Social, plantea a *nivel asistencial* que la tarea debe ser extramural: las actitudes de la familia, amigos, empleadores de la comunidad para con la persona en tratamiento son relevantes, actúan sobre la capacidad de recuperación, generando limitaciones. El trabajador social, para modificar esa actitud prejuiciosa, debe generar instancias educativas, debe informar y enseñar la manera de comprender la conducta. (Becerra y Kennel, 2008: 101)

Con la familia, las prioridades del enfoque están determinadas por cada caso en particular y siempre partiendo de la premisa de que la no participación de la familia en el tratamiento es el camino más seguro de un futuro reingreso, con el consiguiente desgaste y frustración. Se trabaja para realizar un estudio de su problemática socio-familiar, efectuar el análisis de la relación de la familia con la persona a través de instancias grupales mediante técnicas para que logren alcanzar niveles más armónicos de convivencia. El trabajador social orienta y clarifica a los integrantes del grupo para que encuentren soluciones comunes, apoyándose en el intercambio de problemáticas similares. “La experiencia demuestra que las familias que han permanecido al margen son las más reacias a aceptar cuando la persona se recupera. También pueden realizarse entrevistas multifamiliares” (Becerra y Kennel, 2008: 102-103).

El trabajador social también contribuye al diagnóstico, como resultado del análisis y correlación de las observaciones y datos fragmentarios obtenidos a través del estudio de caso y refleja a la persona en situación problema. A su vez, realiza sus aportes en la evaluación, es decir, en el análisis de las capacidades o recursos y limitaciones con que se cuenta para enfrentar lo que le pasa. Los aportes permiten diseñar un plan de tratamiento, un diagnóstico carece de sentido si no va acompañado de la elaboración de un plan de acción. No solo se realiza un diagnóstico del paciente sino también de su familia. (Becerra y Kennel, 2008:104-105)

En resumen, las funciones propias del Trabajador Social son: realizar entrevistas de admisión tanto a la persona como a la familia o a quien acompañe; integrar el equipo terapéutico; tratar con la familia manteniéndola al tanto de la evolución de la persona; llevar a cabo el seguimiento de los casos; efectuar proyección a la comunidad inmediata y mediata, ya sea trabajando con ella o a través de charlas informativas; orientar y/o derivar a otras instituciones; investigar; capacitar a los pacientes para que puedan desenvolverse en el área laboral y social; amparar legalmente a la persona, por ejemplo, efectuando

reparticiones públicas o privadas en beneficio del paciente para obtener documentos personales, jubilaciones, pensiones, etc. (Becerra y Kennel, 2008:134-141)

En cuanto al nivel de *abordaje preventivo*, es necesario reconocer los cambios ocurridos en los últimos años, durante los cuales surge una gran heterogeneidad de las poblaciones sobre las que se interviene, lo que demanda la necesidad de apelar a la singularidad de las mismas. De ahí que se torne problemático trabajar en el desarrollo de campañas verticales que intenten abarcar toda la población, sin distinciones. Es necesario considerar también los cambios contextuales. Esto implica necesariamente revisar los modelos de intervención en función de adaptarlos a nuevos escenarios sociales. (Carballeda, 2008:126-127)

Es importante entender a la prevención no como un mensaje que se debe multiplicar, sino como una intervención en diferentes espacios sociales. Esta cuestión implicaría desarrollar diferentes estrategias singularizadas a partir de las propias características sociales y culturales de la población sobre la que se quiere actuar. Prevención implica intervenir en los nuevos padecimientos de la sociedad, así no se encontraría separada de la asistencia, articulándose de esta forma con los distintos dispositivos que actúan en el problema. (Carballeda, 2008:128)

La prevención inespecífica dentro del campo de las drogadicciones es, de alguna manera, la expresión de la necesidad de acceder a mayores niveles de comprensión y explicación desde una perspectiva comunitaria, local, micro social, que intenta dar cuenta de las propias circunstancias de cada espacio donde se pretende intervenir. En el particular momento social del país, es fundamental sostener un modelo preventivo, el cual sea coherente con el modelo epidemiológico de la salud pública. Es fundamental poner énfasis en la promoción y prevención primaria, ya que se entiende que “todo sujeto que pueda circular por los niveles simbólicos de las relaciones sociales se convertirá en actor social, dominando mayores recursos psicológicos para enfrentar la realidad y transformar sus condiciones de existencia” (Becerra y Kennel, 2008:60).

Para que un individuo pueda desarrollarse, es necesaria la provisión de determinados aspectos básicos. En el aspecto físico, el trabajador social debe tratar de fomentar la provisión de los aportes básicos o la neutralización de las influencias que tienden a impedir esta provisión. En cuanto a los aportes psico-sociales, el trabajador social tiene una de sus más significativas actuaciones en el campo de las relaciones familiares en prevención primaria, trabajando en la educación para padres, para evitar determinadas actitudes que podrían resultar perjudiciales. Por último, como aportes socio-culturales, el trabajador social colabora para ver cuáles son las influencias que sobre el desarrollo y el funcionamiento de la personalidad ejercen las costumbres y los valores de la cultura y la estructura social. Esto hace referencia a la *prevención secundaria*. (Becerra y Kennel, 2008:60-61)

En la *prevención terciaria* uno de los pasos principales es el diagnóstico precoz. El trabajador social es el encargado de transmitir directamente a la población lo planificado por el equipo, suministrando información necesaria para que la comunidad pueda detectar indicios básicos y sepa a dónde concurrir en estos casos. Abarca la primaria y la secundaria y actúa mediante la rehabilitación. Esta recuperación debe comenzar desde el momento del diagnóstico. El rol del trabajador social dentro del equipo es el de evitar, por un lado, los prejuicios de la familia del paciente, favoreciendo la segregación-cronificación; y por otro lado, de la comunidad mediante la educación pública. Su rol, entonces, está ligado a mantener la comunicación con el paciente, con sus redes sociales, para evitar que la familia, el trabajo y la comunidad en general cierren sus filas ante la ausencia, en otras palabras, el trabajador social debe tratar de mantener abierta la comunicación del paciente con la comunidad. (Becerra y Kennel, 2008:62-63)

Concluyendo, el modelo socio-cultural plantea una distinción entre las modalidades de abordajes basadas en el *abstencionismo* y en la *reducción de daños*. En la Argentina de hoy se podría decir que existe un discurso hegemónico sostenido por el modelo *abstencionista*, donde el derecho y la responsabilidad del sujeto quedan ocultos bajo el telón de las concepciones morales y estereotipadas respecto de su malestar. Hay instituciones que pretenden desintoxicar al sujeto, sacarle el objeto de la adicción en tanto causa. (Carballeda, 2008:36)

Hablar de *reducción de daños* significa reconocer que en el contexto actual las condiciones en que los sujetos consumen drogas los exponen a mayores daños de los que producen las drogas mismas: condiciones de ilegalidad, marginación, desinformación, falta de acceso a circuitos sanitarios, instituciones cerradas por la exigencia de la abstinencia absoluta, mitos que sostienen que toda intervención diferente a la represión es un estímulo de consumo [...] Reducción de daños no implica solamente cambios de jeringas, consiste en garantizar el acceso de todos a la información y a la prevención, facilitando el contacto del adicto con el sistema de salud. Si bien el efecto se deberá evaluar particularmente, hay un efecto social fundamental que es reconocer la inclusión del sujeto adicto en tanto sujeto de derecho. (Carballeda, 2008: 38)

3.1.10. CONTEXTO HISTÓRICO DE SURGIMIENTO

3.1.10.1. Dispositivos asistenciales que fueron desarrollándose a lo largo del tiempo

El **modelo médico-sanitario** considera como contexto histórico de surgimiento los dispositivos asistenciales que fueron desarrollándose a lo largo del tiempo. El lugar que ocupaban las sustancias en la

sociedad implicaba un modo de conceptualizar la temática y de generar dispositivos de intervención. Los abordajes terapéuticos para la salud mental consistían en internaciones prolongadas y de encierro.

Haciendo un recorrido histórico, se puede decir que la locura es definida en cada época de forma diversa, de acuerdo a las circunstancias del momento y el imaginario social imperante, pero siempre bajo la influencia de los diferentes grupos de poder. Se instala el manicomio como dispositivo para la locura, como el gran bastión de la segregación y de la discriminación en el que se dividen los sujetos *sanos* de los *enfermos*. Se ha tratado de aislar a los diferentes, protegiendo al resto de la sociedad de sus influencias malignas y del peligroso ejemplo. El manicomio históricamente ha sido avalado como la mejor solución para las enfermedades mentales e incluso hoy muchos lo siguen sosteniendo. Su denominación actual es: *hospital monovalente*. Consecuentemente, hacen su aparición los psicofármacos, aunque la internación seguía siendo un recurso muy utilizado y aún lo es, ellos posibilitaron que muchos sujetos con determinadas patologías tuvieran una mejor calidad de vida. (Trimboli, 2017:135-138)

El que impulsó el cambio fue Goldenber, quien introdujo el trabajo interdisciplinario en los tratamientos de los pacientes con padecimiento mental, indispensable para comprender a la persona como unidad biopsicosocial con entrecruzamiento de diferentes discursos y saberes. Asimismo implantó un enfoque dinámico en el tratamiento de personas con padecimiento mental y se pasó de una tendencia de tratamientos psiquiátricos centrados en un hospicio hacia una basada en hospitales generales, con la introducción de consultorios externos, interconsultas con otros servicios, hospital de día y atención comunitaria en los barrios, entre otras alternativas. Él criticaba el modo de funcionamiento del neuropsiquiátrico clásico, por eso incluyó el tratamiento ambulatorio para la mayor parte de los pacientes, así como también la internación breve en el hospital general, en oposición a la internación prolongada en el hospicio. Lo que aún sigue como deuda es la incorporación de hospitales de días y camas de internación en otros hospitales generales, tanto públicos como privados y, en especial, para personas con uso problemático de sustancias psicoactivas. (Trimboli, 2017:139-140)

3.1.10.2. Políticas prohibicionistas mundiales, americanas y argentinas

Por su parte, el **modelo ético-jurídico** da cuenta del surgimiento de políticas prohibicionistas. Las mismas se iniciaron en Estados Unidos, considerando que la libertad era un problema, existía una desconfianza hacia el ingreso de nuevos inmigrantes, limitando las distintas drogas a grupos definidos o identificados de acuerdo a la religión o raza. Además, la medicina institucionalizada pretendía mantener su poder monopólico sobre la prescripción de sustancias psicoactivas y las drogas eran consideradas las armas del enemigo que debilitaban a los jóvenes y al país en general. Dichas políticas empezaron a ponerse en marcha internacionalmente, dominadas por el discurso moralista y jurídico, que dividió a las drogas en legales e ilegales. Se señala como génesis de este movimiento la moral protestante que hace

de la abstinencia una obligación moral para todos los seres humanos. Perspectiva que aún continúa vigente en diversas modalidades de abordaje. (Trimboli, 2017:103)

Es necesario mencionar el marco regulatorio desde las macro-estructuras a las micro-estructuras. Es por ello que, para hacer referencia al marco legal en América y el mundo, se consideran las políticas prohibicionistas de los Estados Unidos, del continente americano y de Europa. Estados Unidos, a principios de los años setenta, con el presidente Nixon, declara a la droga el enemigo público número uno. También Reagan promueve la guerra contra las drogas, elevándose a un asunto de seguridad nacional. Dicho país proponía que todos los países tuvieran su ley antidroga. Sin embargo, actualmente, son cada vez más los Estados que aprueban leyes que legalizan el cannabis, tanto para su uso medicinal como recreativo. En lo que refiere al continente europeo, luego de una época de leyes muy duras contra la tenencia de drogas para uso personal, algunas comenzaron a cambiar. En la mayoría de los países miembros, el consumo de cannabis no constituye una infracción penal. Por su parte, el continente americano en los años '80 sancionó leyes antidrogas muy parecidas a las de los Estados Unidos, en general por presión de la agencia estadounidense especializada. En América Latina cada ley de estupefacientes tiene su particularidad. Ninguna ley, salvo desde 2013 en Uruguay, contempla la libre venta de drogas. (Trimboli, 2017:106-112)

En Argentina en particular, la Constitución Nacional en su artículo 75 inc. 22 afirma que los Estados adoptarán las medidas apropiadas para proteger a los niños del uso ilícito de los estupefacientes y sustancias psicotrópicas, con la intención de impedir que se los utilice para la producción y el tráfico ilícito de sustancias. Como antecedentes de la ley actual, es necesario realizar un recorrido socio-histórico, por ello se expondrán a continuación y en orden cronológico las medidas prohibicionistas. (Trimboli, 2017:113-115)

Hasta 1924 no existía ninguna referencia a la palabra *estupefacientes*. A partir de ese año, la Ley 11.309 incorpora al Código Penal el delito de la introducción clandestina al país de narcóticos y alcaloides, la venta sin receta médica o en dosis mayores a las prescritas. Además, se promulga la primera ley especial en Argentina en materia de estupefacientes: es la Ley 20.771, que diferencia la tenencia para uso personal, pero solo en relación a la pena correspondiente. (Trimboli, 2017: 113)

Paralelamente, se sanciona la Ley 20.840 que reglamenta la lucha antisubversiva como eslabón de la Doctrina de la Seguridad Nacional. A su vez, se crea el primer organismo público de atención específica de las adicciones: el Centro Nacional de Reeducción Social (CENARESO). En esta etapa, se gestó una respuesta puramente represiva y penal. (Barrenengoa, 2014:266).

En 1926, con la nueva reforma del Código Penal, la Ley 11.331 “pasó a considerar delito a la tenencia, tanto para la venta como para el consumo personal” (Trimboli, 2017:113). Es el momento fundante de la legislación prohibicionista en el país, existiendo una correspondencia cronológica con el desarrollo y consolidación de la legislación prohibicionista norteamericana, que en la década del 1930

ingresaba en una etapa donde el centro de los esfuerzos estatales se pone sobre el control y combate de los denominados narcóticos. En 1942, se registra el Proyecto del diputado José Peco. “Es un proyecto legislativo que solo reprimía la tenencia de sustancias cuando estaban destinadas al comercio o para suministrárselas a otros; excluyendo la punición de la tenencia de una dosis para uso personal. Este proyecto no fue aprobado”. (Gómez y Serena, 2015:57)

En 1968, la Ley 17.567 endurece las penas por tenencia, pasando de 1 a 6 años de prisión, pero excluye la tenencia para consumo personal. Esta reforma penal se da en el marco de un gobierno dictatorial encabezada por el General Juan Carlos Onganía. Durante el transcurso de una dictadura militar, la tenencia de drogas para consumo personal se encontraba exenta de la autoridad de los magistrados y, por lo tanto, no era una conducta penalizada. En 1973, la Ley 17.567 se deroga y se retorna a la de 1926. Coincide con la finalización de la dictadura militar y con el regreso del gobierno constitucional de Héctor José Cámpora, primero, y del general Perón, después. (Gómez y Serena, 2015:57-58)

En 1986, la Ley 23.344 limita la publicidad del cigarrillo e impone la obligatoriedad de incluir en los paquetes una advertencia sobre el contenido de sustancias cancerígenas. La Ley 23.358 de 1986 en su artículo 1° ordena al Poder Ejecutivo Nacional la inclusión en los planes de estudio de los niveles de enseñanza primaria y secundaria los contenidos necesarios, con el fin de establecer una adecuada prevención de la drogadicción. (Trimboli, 2017:113)

La Ley actual es la Ley 23.737 de 1987 que:

Aumenta las penas para los delitos de tenencia para comercialización, que van de 4 a 15 años de prisión. También mantiene las penas de la tenencia para consumo personal disminuyéndolas respecto de la ley anterior de un mes a dos años de prisión y se agrega la posibilidad de la suspensión del juicio si la persona elige realizar un tratamiento de rehabilitación. (Trimboli, 2017: 114)

Como leyes posteriores al año 1987, se pueden encontrar: en 1997, la Ley 24.788 que prohíbe en todo el territorio nacional la venta de bebidas alcohólicas a menores de 18 años y se crea el *Programa Nacional de Prevención y Lucha contra el Consumo Excesivo de Alcohol*. También mediante la Ley 24.819 se crea la *Comisión Nacional Antidoping* que regula el consumo de sustancias en el ámbito deportivo. Es así que no solo se habla de tratamiento, sino de medidas preventivas de diferente índole. (Trimboli, 2017: 114)

En el año 2009, el *Fallo Arriola de la Corte Suprema de la Justicia de la Nación* declara inconstitucional la penalización de la tenencia para consumo personal. La ley prohíbe la tenencia, el fallo es aplicable solo al *caso Arriola* en particular, aunque cada juez puede aplicarlo a los demás casos. Mientras que en el año 2010 se promulga la Ley 26.657, *Ley Nacional de Salud Mental*, que incluye a las adicciones dentro de las políticas de Salud Mental. Todos y cada uno de los artículos aprobados son

aplicables en los casos de adicciones, sean por consumo de sustancias lícitas como ilícitas. (Trimboli, 2017:114)

Otras leyes que incluyen el consumo de drogas son: Ley 2.318, *Ley de prevención y asistencia del consumo de sustancias psicoactivas y de otras prácticas de riesgo adictivo*. Si bien está en vigencia desde el 2007, en la práctica cayó en desuso y, después de tantos años, aún no fue reglamentada. Se destacan los siguientes puntos: garantizar alternativas de tratamiento en el ámbito de la Salud Pública que contemplen el desarrollo de equipos especializados de asistencia integral a los consumidores de sustancias psicoactivas, los programas de intervención comunitaria con capacitación orientada a profesionales y no profesionales; garantizar las acciones necesarias para poner en marcha los ajustes institucionales que aseguren un enfoque de tratamiento integral. (Trimboli, 2017: 115)

Por otro lado, se encuentra la Ley 448, *Ley de Salud Mental* que, si bien no incluye directamente las adicciones dentro de su texto, se pueden observar algunos párrafos que las refieren en forma indirecta. La Ley 26.657, *Ley Nacional de Salud Mental* considera a las adicciones como un tema de salud mental. También se encuentra la *Resolución Conjunta 362/97 y 157/97 del Ministerio de Salud y Acción Social y la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico*; la misma aprueba el *Programa Terapéutico Básico* para el tratamiento de la drogadicción que deberá ser cumplimentando por todas las obras sociales y asociaciones de obras sociales del sistema nacional del seguro de salud incluidas en la Ley N° 23.660 y las empresas o entidades prestadoras de servicios de medicina prepaga. (Trimboli, 2017: 115-117)

Existen también otras leyes que, de una u otra manera, incluyen a las adicciones; son las siguientes: (Trimboli, 2017: 118)

- Ley N° 23.660/*Ley de las Obras Sociales*
- Ley N° 23.661/*Creación del Sistema Nacional del Seguro de Salud*
- Ley N° 24.445/*Incorporación de prestaciones obligatorias para obras sociales*
- Ley N° 24.754/*Ley de empresas o entidades que presten servicios de medicina prepaga*
- Ley N° 26.529/*Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud.*
- Ley 5.708, tiene como objeto regular la publicidad y promoción de la venta de bebidas alcohólicas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a efectos de prevenir y asistir a la población sobre las consecuencias negativas de su consumo en exceso.
- Ley N° 27.350 *de Investigación Médica del Uso Medicinal de la Planta de Cannabis y sus Derivados* que legaliza el uso medicinal del cannabis y garantiza el acceso gratuito al aceite extraído de la planta en todo el territorio argentino, aunque la ley sigue prohibiendo su autocultivo.

La intervención del Estado como respuesta a la problemática no provino del sistema de salud sino del legislativo, jurídico y moral. Respecto a esto, es posible decir que la situación no solo no desapareció, sino que se agravó cada vez más. “La tendencia actual de las modificaciones legislativas en relación a las drogas es la de sustituir el carácter penal severo, pero no aplicable, por uno menos exigente y realista” (Trimboli, 2017:109).

Todos los estudios indican que no se han observado grandes diferencias en cuanto al aumento o disminución del consumo de sustancias psicoactivas en las etapas de despenalización, pero se ha verificado un aumento en el pedido de tratamiento por esa causa. (Trimboli, 2017:112)

3.1.10.3. Consumo de sustancias desde la antigüedad hasta la modernidad

El **modelo socio-cultural** como contexto histórico de surgimiento considera el lugar que el consumo de sustancias tuvo lugar en la sociedad desde la antigüedad hasta la modernidad, etapa en la cual se construyó el consumo como un problema. La relación entre los hombres y las sustancias se pierde en los primeros años de la historia, pero lo que caracteriza a la civilización es la dependencia que puede existir entre el objeto-droga y la persona que la consume. Allí, lo social se presenta como algo clave que puede definir cuestiones y tal vez aproximar explicaciones, intentando interrogarse acerca de la carga simbólica y del significado que las drogas tienen en cada cultura y en especial dentro de cada momento histórico.

A fines de la Edad Media y comienzos de la Moderna, las estructuras tradicionales comenzaron a transformarse. En las áreas rurales, en lugares en donde los campesinos se ven enfrentados a condiciones muy duras de existencia y de trabajo, las sustancias excitantes han cumplido funciones sociales para los pobladores pues proporcionaban artificialmente la energía que necesitaban para trabajar o sobrellevar la vida diaria en condiciones hostiles. En este contexto también se han utilizado sustancias con fines espirituales o para rituales religiosos. (Trimboli, 2017: 16-17)

En el periodo de posguerra de la Segunda Guerra Mundial, algunos sectores comienzan a colocar en primer plano lo que hasta el momento era algo desconocido para la sociedad: el denominado flagelo de las drogas o epidemia de las drogas. Estas designaciones le otorgan a la problemática dos tipos de connotaciones: una moral y otra médica, que generan la idea de que es necesario proteger a la sociedad de este mal.

Posteriormente, llegó el momento en que las sustancias psicoactivas dejaron de ser solo cuestión de la naturaleza. A medida que avanzaba la introducción de las mismas por parte de la medicina y de la

industria farmacéutica en general, el uso popular de las drogas se fue extendiendo bajo la lógica capitalista, llegando a introducirse en el ámbito del mercado durante la Edad Moderna. (Trimboli, 2017:26)

Durante el S. XIX hacen su aparición las drogas elaboradas en laboratorios de especialidades medicinales. Estas comenzaron a ser prescritas para innumerables enfermedades, pero especialmente como remedio contra el dolor físico o la psique. Muy rápidamente, la sociedad las acepta e incorpora como la opción más conveniente y rápida. De esta manera, comienza a cambiar las plantas por remedios más eficaces para lograr efectos deseados. Así, la ciudad industrial empieza a proporcionar lo que en la antigüedad le daba la naturaleza. (Trimboli, 2017: 31-32)

“Durante el cuarto del S. XX, las sustancias psicoactivas jugaban ya un papel muy importante en la vida económica” (Trimboli, 2017:32)

Ya en el S. XXI, bajo una sociedad de consumo, la naturaleza no está dada, sino que se ha transformado en un producto histórico de la industria, convirtiéndose de esta manera en un componente integral de la dinámica social, económica y política. La drogodependencia se ha presentado como una importante área de integración de prácticas institucionales, prácticas sanitarias en el ámbito médico y el psicológico, prácticas pedagógicas y legales. Si la drogodependencia como saber no existe y opera, no es por su estatuto científico sino en tanto tiene una articulación institucional y, por lo tanto, ligada a una dinámica específica de poder. Entonces, es importante destacar que “primero se lanzan al mercado como sustancias milagrosas y libres de los problemas que se habían observado en la administración de otras sustancias; luego, aparece su potencial peligro para la sociedad; y, por último, son prohibida” (Trimboli, 2017:45)

Por lo tanto, se puede ubicar el origen de esta definición del uso de drogas como problema en un nivel estrictamente socio-político, que dio lugar al prohibicionismo. Entre otros factores, cabe mencionar las tensiones sociales en el último tercio del S. XIX, producto del proceso de proletarización e industrialización y consecuente concentración urbana. La condena de la sociedad anglosajona puritana, que identificaba al uso de ciertas sustancias con grupos peligrosos, constituyó una forma de control sobre esos sectores marginales, no exenta de componentes de discriminación racial. Otro elemento interviniente en la construcción del uso de drogas como problema es el proceso de medicalización que tuvo lugar a lo largo del S. XX. Un número cada vez mayor de situaciones que antes no eran definidas como problemas médicos fueron ingresando en su jurisdicción, recategorizadas como patologías.

Es así que, se puede concluir que, “si bien es cierto que el problema se complejizó en los últimos tiempos, el consumo de sustancias se inicia con el hombre mismo” (Trimboli, 2017: 15)

3.1.11. EJES SOBRE LOS CUALES SE APOYA CADA MODELO TEÓRICO

El **modelo médico-sanitario** pone el acento en la sustancia. Se está dando por sentado que son las sustancias por sí mismas las que provocan el problema, tanto físico como psíquico. Es considerada la adicción como una enfermedad que debe ser tratada desde diferentes dispositivos, abordando los efectos que las sustancias provocan. Los adictos son enfermos crónicos y, por tanto, drogodependientes.

Por su parte el **modelo ético-jurídico** considera que las drogas son un peligro para la sociedad, generando inseguridades y malestares sociales que deben ser regulados mediante leyes, en donde puede estar explícito la solicitud de algún tipo de tratamiento. Se establece una relación lineal entre el adicto y el delincuente. Se considera como delito el accionar de consumir.

El **modelo psico-social** considera a la subjetividad de la persona, es decir, a la relación que mantiene con la sustancia y con su contexto, lo que determina al consumo de sustancias como problemático o no problemático. Afirma que existe una multicausalidad en el consumo de sustancias, donde la persona tiene protagonismo en su elección como sujeto activo.

Por último, el **modelo socio-cultural** interroga acerca de la carga simbólica y el significado que las drogas tienen para cada cultura y en espacial dentro de cada momento histórico. Distingue a las drogas que se usan como resultado de patrones culturales y las consecuencias sociales de su uso. Es así que considera que el problema de las drogas es producto de una construcción social e histórica.

3.2. SÍNTESIS DE LOS APORTES CONCEPTUALES

La siguiente síntesis de los aportes conceptuales de cada modelo teórico, se diseñó con el propósito de garantizar una lectura ágil y concreta al lector, en donde se puedan visualizar los contenidos más relevantes. Es así, que se expone una breve descripción de cada teoría y luego se desglosa teniendo en cuenta cada categoría conceptual a modo de ítems:

3.2.1. MODELO MÉDICO- SANITARIO

La teoría **médico-sanitaria** comienza a desarrollarse con la existencia de los manicomios como dispositivos de atención de salud mental y considera a las adicciones como enfermedades. Además, el enfoque en la sustancia es su característica principal y propone acciones tendientes a abordar los efectos que las sustancias provocan, con una mirada simplista, estableciendo una relación causa-efecto. Fue una teoría hegemónica por muchos años y sigue aún presente en discursos, teorías, metodologías y prácticas profesionales. Lo expresado puede visualizarse a continuación:

3.2.1.1. Definición de droga

- La droga es toda sustancia capaz de actuar sobre el sistema nervioso central provocando una alteración física y/o psicológica.
- Las sustancias psicoactivas producen una alteración del estado psíquico y del estado de la conciencia.
- Todas poseen efectos comunes, como la re-experimentación de la gratificación, que en sujetos vulnerables con textos facilitadores, conducen a la adicción.

3.2.1.2. Clasificación de las drogas

- Según el efecto pueden ser:
 - Los tranquilizantes son aquellos que disminuyen o incluso suspenden la actividad mental.
 - Las drogas alucinógenas son un grupo compuesto de una serie de sustancias de origen vegetal que producen alucinaciones.
 - Las drogas producidas por síntesis químicas comienzan por una fase primaria de excitación cerebral seguida por un estado de depresión, pudiendo provocar la supresión temporal de las funciones cerebrales.
 - Las hipnóticas son sustancias que provocan sueño.
 - Las excitantes son estimulantes cerebrales; sustancias de origen vegetal que producen alteración de la conciencia y excitación general del cerebro.
 - Los depresores retrasan la actividad mental.
- Según su origen:
 - Naturales (existen en la naturaleza y podrían no necesitar ningún proceso químico para su utilización).
 - Sintéticas (no requieren ningún producto natural para su elaboración).
 - Semisintéticas.

3.2.1.3. Niveles de consumo

- Existen diferentes niveles de consumo, los cuales son necesarios identificar para poder generar un diagnóstico de la enfermedad. Estos son: uso, hábito, abuso y dependencia. Se puede estar en presencia de una poliadicción, es decir, la suma de sustancias que interaccionan, potenciando o antagonizando sus efectos.
- Se puede definir el uso de una sustancia como un consumo aislado, episódico y ocasional.
- El hábito hace referencia a la costumbre de consumir una sustancia por la adaptación a sus efectos.

- El abuso es un uso inadecuado por su cuantía, frecuencia o finalidad.
- La dependencia es cuando se tiene la necesidad inevitable de consumirla y se depende física y/o psíquicamente de ella. La dependencia puede llevar a una intoxicación aguda, es decir, a una alteración importante del nivel de la conciencia, sus funciones vitales y comportamiento, que implica la administración de una sustancia en dosis excesiva, de forma intencionada o accidental.

3.2.1.4. Modo de entender el consumo de sustancias

- El consumo de sustancias es considerado una enfermedad.
- El DSM 5 menciona al consumo de sustancias como trastornos relacionados con sustancias o trastornos adictivos, haciendo una diferenciación entre ambos, ya que los inducidos por sustancias son la intoxicación, abstinencia y trastornos mentales.
- Al hablar de trastornos, se determinan diagnósticos según sea leve, en donde se presenten dos o más síntomas; moderado, refiriéndose a la presencia de cuatro o cinco síntomas; y grave, más de seis síntomas.
- Existen criterios diagnósticos para poder definir si se trata de un trastorno o no, como control deficitario, deterioro social, consumo de riesgo y farmacológico.

3.2.1.5. Concepto de adicción

- La adicción es una enfermedad del cerebro que se puede tratar.
- Es un estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintética.
- Enfermedad que tiene diferentes manifestaciones, como alteraciones en el comportamiento.
- La adicción es utilizada como sinónimo de drogodependencia.

3.2.1.6. Denominación de quien consume sustancias

- Se considera a la persona que consume como un adicto.
- El adicto tiene una enfermedad que es crónica, lo que lo hace drogodependiente.

3.2.1.7. Causas del consumo

- La droga es la causa de daños en la salud, lo que trae aparejadas múltiples consecuencias.

- La sustancia se localiza como causa de diferentes alteraciones.
- Reduce el problema a los efectos.

3.2.1.8. Consecuencias del consumo

- El consumo de sustancias genera alteraciones físicas y psíquicas, actuando sobre el Sistema Nervioso Central.

3.2.1.9. Modalidades de abordaje: prevención y asistencia

Reducción de daños:

- Apunta a reducir los efectos adversos del consumo de sustancias.
- Su principal objetivo es minimizar las consecuencias negativas del consumo de drogas, tanto en los usuarios como en la población en general, reduciendo la morbimortalidad, previniendo enfermedades infectocontagiosas, mejorando la calidad de vida e incrementando la accesibilidad y el contacto del usuario con el sistema de salud.
- Dicho enfoque considera que, pese a todos los intentos por eliminarlo, el uso de drogas existe de hecho y va a existir al menos en el corto plazo y en el mediano plazo.

Abstencionismo:

- Apunta a suprimir el consumo.
- Considera que el consumo debe eliminarse al iniciar un tratamiento, como condición obligatoria.
- No se permiten las recaídas como parte del proceso.

Asistencia:

- Las modalidades de tratamiento asistencial son: la desintoxicación, los grupos de autoayuda, las comunidades terapéuticas, tratamiento residencial, de sustitución farmacológica, consultorio externo, ambulatorio, hospital de noche, hospital de día, hospital de día de inclusión socio-sanitaria.

Desintoxicación:

- Antecedentes históricos: en el periodo entre las dos Guerras Mundiales comienzan a implementarse los primeros tratamientos médicos para adictos a la heroína. Se trataba de terapéuticas médicas de desintoxicación; los pacientes ingresaban al hospital, habitualmente con síndrome de abstinencia. Entonces se los desintoxicaba, se los compensaba clínicamente y egresaban. Esos tratamientos fueron denominados *de puertas giratorias* porque lo único que

hacían era desintoxicar a personas y darles el alta. De esta manera, al poco tiempo volvían a consumir y se las internaba nuevamente para continuar con este circuito.

- Consideración de la persona que consume: como un enfermo.
- Plan de tratamiento: supone una estabilización clínica mediante una internación breve (entre 7 a 14 días). La desintoxicación es una precursora del tratamiento porque está diseñada para tratar los efectos agudos fisiológicos del cese del uso de drogas.
- Nivel de abordaje: tratamiento de carácter individual.
- Lugar en donde se desarrolla el tratamiento: en las guardias de salud mental de los Hospitales Generales, o bien, en instituciones concretas que cuenten con el dispositivo.

Grupos de Autoayuda: Alcohólicos Anónimos, Narcóticos Anónimos:

- Antecedentes históricos: la historia de AA comienza en 1935 cuando Bill W., un corredor de bolsa, y Bob S., un médico cirujano, ambos alcohólicos, se reúnen para fundar una agrupación de alcohólicos que diera la posibilidad de ayudar a personas con ese padecimiento.
- Consideración de la persona que consume: el que es alcohólico lo es para siempre.
- Plan de tratamiento: se basa en los “doce pasos” para llegar a una “sobriedad serena” asumiendo la existencia de la dimensión espiritual y la creencia en un poder superior capaz de ayudar al individuo a resolver sus problemas. Uno de los conceptos que aparece con más fuerza es que nadie conoce mejor a un alcohólico que otro alcohólico, por eso es fundamental la transmisión de la experiencia por medio del apadrinamiento. El padrino es un miembro veterano de AA que ha logrado mantener durante un largo tiempo la sobriedad.
- Nivel de abordaje: tratamiento grupal, que incluye a la familia y a las amistades.
- Lugar en donde se desarrolla el tratamiento: ambiente no residencial.

Comunidades terapéuticas:

- Antecedentes históricos: el modelo actual de CT deviene de dos corrientes, muy particulares. La primera, orientada hacia la asistencia de diversos problemas de salud mental en general; la segunda, planteada específicamente para el tratamiento de adictos. Ambos tipos de CT reproducen identidades diferentes, estructuras corporativas propias y se inscriben sobre tradiciones ideológicas alternativas.

El concepto de comunidad terapéutica fue descrito por Main en 1946 al detallar la labor realizada en el Northfield Hospital, de Birmingham, Inglaterra, durante el final de la Segunda Guerra Mundial. En ese centro, un grupo de psicoanalistas y de terapeutas de grupo, que trabajaban con ex soldados con estrés postraumático, desarrollaron un nuevo modelo de vida institucional para el tratamiento del padecimiento mental.

Más tarde, la lógica de comunidad terapéutica fue puesta en funcionamiento en forma oficial y desarrollada en Inglaterra, en 1952, por Maxell Jones, miembro del equipo de Main.

- ✓ Modelo de Jones: “Comunidad democrática”
 - ≈ Origen: Reino Unido, 1947.
 - ≈ Composición: Profesional.
 - ≈ Orientación: Psiquiatría Comunitaria - Aprendizaje Social.
 - ≈ Estructura: Horizontal - democrática.
 - ≈ Ámbito de intervención: distintos trastornos mentales - incluye el consumo de drogas.
 - ≈ Duración del tratamiento: tendencia a reducir el tiempo de internación.
 - ≈ Eje terapéutico: basado en el logro de la madurez y responsabilidad.
 - ≈ Trabajo con la familia: intenta incluirla en el tratamiento.
- ✓ Modelo Norteamericano: Synanon y Daytop Village

Aspectos en común:

 - ≈ Origen: Estados Unidos.
 - ≈ Composición: no profesional – luego mixta.
 - ≈ Orientación: modificación de la conducta – movimiento de autoayuda.
 - ≈ Estructura: verticalista – muy jerarquizada.
 - ≈ Ámbito de intervención: consumo de drogas.
 - ≈ Duración del tratamiento: estancias prolongadas.
 - ≈ Eje terapéutico: basado en la abstinencia (modelo libre de drogas).
 - ≈ Trabajo con la familia: no desarrolla alternativas para el abordaje familiar.

Aspectos que los diferencian:

Synanon:

 - ≈ Modalidad de tratamiento: ausencia de profesionales en el tratamiento y el uso de la confrontación o la denominada terapéutica de ataque. Firme posición de abstinencia, un fuerte culto al dominio de sí y autodeterminación. Sistema autoritario y estricto. Normativa rígida y directiva, inflexibilidad, aislamiento, programa abstencionista y penalización del consumo.
 - ≈ Lugar: espacio de contención cerrado, los adictos permanecían todo el tiempo en la residencia.
 - ≈ Personas que consumen: adictos que debían asumir que la sociedad no estaba preparada para aceptarlos ni darles inclusión o tratamiento. Debían obedecer ciegamente y no discutir en ningún momento a la autoridad.

Daytop Village:

 - ≈ Modelo terapéutico: directo y pragmático. Alienta la autorresponsabilidad. Da herramientas para que el individuo tenga una vida plena y positiva con saludables redes de apoyo y un trabajo satisfactorio. Objetivos: cese de conductas de abuso

de sustancias y el fomento del crecimiento personal. Incluye a la familia. Cuenta con profesionales o bien realiza un trabajo mixto. Define el tratamiento por etapas.

- Consideración de la persona que consume: es un adicto.
- Plan de tratamiento:
 - ✓ Sistema cerrado, libre de drogas y muy pautado.
 - ✓ Algunas comunidades terapéuticas que disponen de profesionales y otras no.
 - ✓ Dos objetivos: rehabilitación del adicto y enseñar mecanismos de autorregulación y autosuficiencia.
 - ✓ Se utiliza el aislamiento del paciente de los familiares y allegados: se impide el contacto con ellos durante los primeros meses de tratamiento.
 - ✓ Duración de los tratamientos: va desde el año y medio hasta los tres años.
- Nivel de abordaje: tratamiento individual, grupal, que incluye la familia y las amistades.
- Lugar en donde se desarrolla el tratamiento: son programas residenciales, públicos, semipúblicos religiosos o privados.

Comunidades religiosas:

- Plan de tratamiento: muchas veces las CT son dirigidas por clérigos o pastores cuyo objetivo es llevar al adicto a una nueva alianza, no ya con la droga, sino con la religión como contra-droga. No existe tratamiento psicológico. Se basan en la idea de que el trabajo y el amor son los mejores elementos para ayudar a salir de la droga.
- Consideración de la persona que consume: es considerada la oveja descarriada. La enfermedad es tratada como una desviación moral y su recuperación es como un retorno al rebaño.

Tratamiento de sustitución farmacológica:

- Modalidad de tratamiento: un programa de tratamiento cuyo objetivo es lograr la disminución y eliminación de los síntomas de abstinencia y el deseo por el consumo de las sustancias a través de la sustitución por un fármaco de la misma clase, de duración más prolongada y que permita una reducción paulatina de la misma. Estos medicamentos, al actuar sobre los mismos lugares del cerebro que la droga a la que sustituyen, bloquean los efectos de la misma, suprimen los síntomas del síndrome de abstinencia y alivian el deseo de consumo. Esto ayuda a los pacientes a abandonar la búsqueda de la sustancia.
- Nivel de abordaje: tratamiento individual.

Consultorio externo:

- Plan de tratamiento: dispositivo profesionalizado que brinda la posibilidad de realizar consultas de tipo diagnósticas y de orientación, así como también tratamientos psicológicos o psiquiátricos.
- Nivel de abordaje: tratamiento individual o grupal.

- Lugar en donde se desarrolla el tratamiento: consultorios particulares de carácter privado.

Ambulatorio:

- Plan del tratamiento: dispositivos de tratamiento a los que los pacientes asisten con una frecuencia estipulada.
- Niveles de abordaje: cuenta con terapias individuales, familiares y grupales.

Hospital de noche:

- Plan de tratamiento: institución que brinda asistencia nocturna, el paciente mantiene actividades diurnas fuera de ese lugar, pero todas las noches regresa para pernoctar allí.
- Nivel de abordaje: tratamiento individual.

Hospital de día:

- Plan de tratamiento: institución que ofrece tratamiento diurno de lunes a viernes (cuatro horas diarias, medio día o jornadas de seis a ocho horas, con almuerzo), a donde pacientes concurren diariamente. tratamiento de mediana/alta complejidad.
- Niveles de abordaje: individual, grupal y familiar.
- Lugares en donde se desarrolla el tratamiento: funcionan fuera de la estructura de hospitales generales, dentro de hospitales psiquiátricos, en centros de salud mental privados u ONGs.

Hospital de día de inclusión socio-sanitaria:

- Surgimiento histórico: surge a raíz de la necesidad de dar asistencia a usuarios de drogas que, por su estado, no estaban en condiciones de ser incorporados a un tratamiento ambulatorio convencional y, al no existir alternativas, terminaban internados durante años en instituciones monovalentes, como las autodenominadas *comunidades terapéuticas*. Algunos, en el mejor de los casos, accedían a tratamientos de hospital de día en clínicas psiquiátricas o en ONGs con lógicas que no coinciden con los criterios profesionales y éticos aceptados por las diferentes orientaciones profesionales actuales. El dispositivo del hospital de día del Hospital Álvarez funciona dentro del *Grupo de trabajo de adicciones*.
- Lugar en donde se desarrolla el tratamiento: Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Álvarez, de la Ciudad de Buenos Aires.
- Modalidad de tratamiento: internación parcial para pacientes usuarios de drogas, constituye una alternativa a la internación de tiempo completo. Ofrecen grupos terapéuticos ambulatorios para pacientes con consumo problemático de sustancias y para otros con juego patológico, tabaquismo y diversas conductas adictivas. Asimismo, brinda tratamiento psiquiátrico, cuando es necesario, psicoterapia familiar, individual y vincular. También, y a partir de la demanda actual, funciona un

grupo terapéutico para pacientes denominados “duales”. Es decir que el hospital de día es solo una de las alternativas ofrecidas por el equipo para esta problemática.

- Niveles de abordaje: individual, grupal y familiar.

Prevención:

- La prevención debe centrarse en acciones que logren parar el consumo de drogas, así como mejorar todas aquellas variables que intervienen, tanto individuales como sociales.
- El centro de las prácticas es el contexto.
- Es necesario tener en cuenta los actores sociales, las redes de relaciones, el tiempo y el espacio.
- Para cambiar el estatus imperante sobre el uso y los usuarios de drogas, hay que entender que el trabajo en territorio es un escenario de disputas y conflictos.

▪ Prevención primaria

- La prevención primaria permite evitar la aparición de los trastornos por uso de sustancias.
- Intenta impedir o retrasar el consumo de drogas, manteniendo un estado saludable en la población objetivo.
- Promueve metas deseables, disminuyendo factores de riesgo y aumentando los de protección.
- Tipos de prevención:
 - * Según la oferta y la demanda:
 - Oferta: dificultando el acceso a la droga.
 - Demanda: modificando de múltiples formas la motivación de las personas para usar las drogas.
 - * De acuerdo al nivel de riesgo de la población:
 - Universal:
 - ✓ Destinatarios: población en general.
 - ✓ Acciones: supone que las intervenciones de no muy alta intensidad podrían tener efectos beneficiosos en la población en general.
 - Selectiva:
 - ✓ Destinatarios: destinada a grupos o partes de la población que presentan un elevado riesgo de presentar el trastorno o la conducta problema.
 - Indicada:
 - ✓ Destinatarios: destinada a individuos que tienen alta vulnerabilidad de presentar el problema de consumo.
 - * Según los contextos en donde se realiza:
 - Comunitaria:

- ✓ Destinatarios: población que compone una comunidad determinada.
- ✓ Acciones: planes y programas que alcancen los factores sociales de riesgo y protección más generales, que influyan en las conductas de consumo.
- ✓ Medios: canales sociales, políticos y económicos que generan influencia.
- Escolar:
 - ✓ Destinatarios: alumnos, cuerpo docente y directivo, familiares.
 - ✓ Acciones: que permitan la diseminación de la información, educación afectiva, fomento de las conductas alternativas al consumo de drogas, incremento de las habilidades de resistencia social y la mejora de las competencias para afrontar diversas dificultades personales.
- Familiar:
 - ✓ Destinatarios: la familia, normalmente en un contexto comunitario o escolar.
 - ✓ Acciones: que permitan apoyar los cuidados físicos y psicológicos con los niños en edad temprana, mejorar el conocimiento que tienen las familias de las peculiaridades y características del desarrollo infantil, potenciar las oportunidades y habilidades familiares que faciliten las intervenciones positivas con los hijos, mejorar la comunicación y la aplicación de la disciplina, reducir los conflictos intra-familiares y promover las habilidades que faciliten las actividades pro-sociales y las habilidades cognitivas y académicas de los hijos.
- Modelos teóricos de la prevención:
 - ✓ Modelos parciales: atienden a la relación que hay entre los factores singulares y la conducta de consumo, tanto en lo que refiere a su inicio como a su mantenimiento.
 - ✓ Modelos teóricos de estado y evolutiva: atienden fundamentalmente a la relación entre los factores que condicionan el consumo y el momento evolutivo del sujeto en riesgo.
 - ✓ Modelos integrativos y comprensivos: deberían dar cuenta de la relación existente entre el consumo y los tres grandes grupos más importantes de los factores de riesgo y protección: macro sociales, micro sociales e intraindividuales.
- Promoción:
 - Destinatarios: trata de implicar a la población general en su conjunto, desde el mismo contexto.
 - Acciones: que promuevan en los individuos y sociedades conocimientos que les permitan saber manejar las condiciones que les llevarán a aumentar las posibilidades de una vida saludable.

- Prevención secundaria:
 - Implica acciones dirigidas a procurar la detección y tratamiento precoz de la problemática, es decir, identificar e intervenir terapéuticamente lo antes posible.
 - Antes de que se manifieste la necesidad de tratamiento, previene el agravamiento de conductas adictivas y el deslizamiento hacia la exclusión social.
 - Es necesario tener en cuenta la población objetivo, específicamente sus características psicológicas, sus atributos personales, sociales y culturales, que los sitúan en posición vulnerable.
- Prevención terciaria – reducción de daño:
 - Destinatarios: personas que no pueden o no quieren parar su consumo.
 - Acciones: que permitan reducir las consecuencias en salud, sociales y económicas asociadas con el consumo de drogas psicoactivas. Acciones como promover el uso de vías menos incisivas o peligrosas, enseñar hábitos higiénicos y dietéticos saludables, acercar el paciente progresivamente a los recursos asistenciales y fomentar finalmente la abstinencia de sustancias.

3.2.1.10. Contexto histórico de surgimiento

- Los abordajes terapéuticos para las enfermedades de salud mental consistían en internaciones prolongadas y de encierro.
- El manicomio, actualmente denominado hospital monovalente, era considerado como un dispositivo para la locura, dividiendo a los sujetos sanos de los enfermos.
- Aparecen los psicofármacos como alternativas para mejorar la calidad de vida.
- Se comienza a introducir el trabajo interdisciplinario en los tratamientos, adquiriendo un enfoque dinámico.
- Se pasó de una tendencia de tratamientos psiquiátricos centrados en un hospicio hacia una basada en hospitales generales, con la introducción de consultorios externos, interconsultas con otros servicios, hospital de día y atención comunitaria en los barrios, entre otras alternativas.
- Se incluye el tratamiento ambulatorio para la mayor parte de los pacientes, así como también la internación breve en el hospital general, en oposición a la internación prolongada en el hospicio.

3.2.1.11. Ejes sobre los cuales se apoya

- ✓ Las adicciones son consideradas una enfermedad que debe ser tratada desde diferentes dispositivos.

- ✓ Los adictos son enfermos crónicos y por tanto, drogodependientes.
- ✓ La sustancia es el centro del enfoque médico-sanitario, que genera múltiples consecuencias.
- ✓ Las acciones que propone el modelo tienden a trabar sobre los efectos que las sustancias provocan.

3.2.2. MODELO PSICO-SOCIAL

Por su parte, la **teoría psico-social** surge como una nueva alternativa para pensar el consumo de sustancias desde la subjetividad de la persona, es decir, la relación que mantiene la persona con una sustancia y su contexto. Posiciona al sujeto de manera activa, con capacidad de elección, y entiende que no todo consumo resulta ser problemático. Aporta una visión dinámica y particularizada de la situación de consumo, reconociendo la existencia de la complejidad. A continuación, se explicitan los conceptos analizados:

3.2.2.1. Definición de droga

- La droga en sí no existe, es el sujeto quien convierte ciertas sustancias en drogas, al establecer con ellas un tipo de relación y ciertos patrones de uso.
- Se entiende por droga a toda sustancia farmacológicamente activa sobre el Sistema Nervioso Central que, introducida en un organismo vivo, puede llegar a producir alteraciones indeseables y dañinas a nivel de conciencia, de las funciones psíquicas básicas, de la construcción y curso del pensamiento, de los procesos senso-perceptivos y, como resultado de todo ello, del comportamiento.
- Eduardo Kalina cualifica a las drogas como psico-neuro-bio-socio-tóxicas. (Moreno, 2015: 68)

3.2.2.2. Clasificación de las drogas

De acuerdo a su principal efecto sobre el SNC:

- Depresoras: sustancias que tienen la propiedad de disminuir o bloquear las funciones del Sistema Nervioso Central, tendientes a reducir el nivel de activación, producir relajación y sedación.
- Estimulantes: tienen la propiedad de activar o estimular las funciones del Sistema Nervioso Central. Suelen aumentar la atención y el estado de alerta, pueden producir sensación subjetiva de mayor rendimiento mental y físico, generando una ilusión de mayor capacidad intelectual y exceso de confianza en sí mismo.
- Drogas perturbadoras: pueden modificar la actividad mental produciendo distorsiones perceptivas, ilusiones y alucinaciones de intensidad variable. Pueden producir sensación subjetiva de bienestar,

relajación y euforia. También producen dificultades para fijar la atención, problemas de concentración, memoria y una marcada disminución de los reflejos y la coordinación motriz general.

3.2.2.3. Niveles de consumo

- Abuso de sustancias psicoactivas: cuando hay un uso continuado, a pesar de las consecuencias negativas que ello acarrea para el individuo. Se puede estar en presencia del consumo de una sola sustancia o frente al uso de sustancias múltiples, es decir, poliadicción.
- Dependencia: puede definirse como el estado fisiológico de neuroadaptación producido por la administración repetida de una sustancia psicoactiva. Se produce cuando hay un uso excesivo de la sustancia que produce consecuencias negativas significativas a lo largo de un amplio periodo de tiempo.
 - Física: intensos trastornos físicos cuando se interrumpe la administración de la droga. Los dos aspectos principales son la tolerancia y el síndrome de abstinencia.
 - * Tolerancia:
 - ✓ Estado de adaptación caracterizado por la disminución de la respuesta a la misma cantidad de droga o por la necesidad de una dosis mayor para provocar el mismo grado de efecto. (Gómez, 2015)
 - ✓ Variaciones en las condiciones y en el entorno en que un drogodependiente consume la sustancia adictiva pueden hacer disminuir o desaparecer el fenómeno de tolerancia.
 - * Síndrome de Abstinencia: conjunto de síntomas y signos psicológicos y fisiológicos que aparecen en una persona dependiente de una sustancia psicoactiva cuando deja bruscamente de consumirla o la cantidad consumida es insuficiente.
 - ✓ Agudo: la intensidad y gravedad del síndrome dependen de la cantidad de sustancia habitualmente consumida y de la duración de la dependencia. Dura aproximadamente de cuatro a doce días y da el paso al síndrome de abstinencia tardío.
 - ✓ Tardío o prolongado: se entiende al conjunto de desregulaciones del sistema nervioso neurovegetativo y de las funciones básicas, que persisten durante un largo periodo de tiempo después de conseguir la abstinencia. Se dificulta enormemente conseguir una adecuada calidad de vida y contribuye a precipitar los procesos de recaída en los consumos.
 - ✓ Condicionado: consiste en la aparición de sintomatología típica de un síndrome de abstinencia agudo, sin mediar nuevos consumos, cuando el ex adicto se

expone a los estímulos ambientales previamente condicionados durante su proceso adictivo.

- ✓ En este periodo puede aparecer el *ansia de droga* o *craving*: el deseo incoercible de consumir, provocado por ideas, recuerdos, estímulos condicionados, situaciones estresantes.
 - Psíquica o psicológica: situación en la que existe sentimiento de insatisfacción e impulso psíquico que exigen la administración regular o continua de la droga para producir placer o evitar el malestar.
- Intoxicación: estado transitorio consecutivo a la ingestión o asimilación de una sustancia psicoactiva que produce alteraciones significativas a nivel de la conciencia, cognición, percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas y psicológicas.

3.2.2.4. Modo de entender al consumo de sustancias

- El modelo psico-social hace hincapié en la relación subjetiva entre la persona y la droga, para hablar del consumo de drogas.
- No siempre el uso y hasta el abuso de sustancias van a devenir en una adicción las drogas, aunque constituyan un importantísimo factor de riesgo.

3.2.2.5. Concepto de adicción

- La drogadicción como un fenómeno que aparece en una encrucijada temporo-espacial, cruzando las condiciones biológicas, psicológicas, familiares, sociales, culturales y espirituales de un sistema.
- La adicción no existe biológicamente, solo se materializa en la experiencia subjetiva del adicto. Sin una causa orgánica o psicógena, no puede haber una enfermedad llamada adicción.
- Se entiende por adicción a la relación que se establece entre una persona y un objeto, que genera un cúmulo de tensión en la persona, la cual es aliviada con la obtención de dicho objeto. Se da en un contexto cultural y familiar y va produciendo una progresiva pérdida de grados de libertad.
- Se revitaliza el término *adicción* por *conductas adictivas*.
- Consumo no problemático de drogas: aquel uso experimental o esporádico que remite a menores riesgos y aporta quizá la mayor casuística en cuanto a esta vinculación.
- Se habla de *drogodependencia* cuando en la relación de un individuo con la sustancia se cumplen la mayoría de los síntomas como tolerancia, abstinencia, compulsión y deseo intenso a consumir

una sustancia y la persistencia en el consumo a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales bio-psico-sociales.

3.2.2.6. Denominación de quien consume sustancias

- Menciona a quien consume como sujeto, abordando las causas de la consecuencia que es el consumo.
- No todo el mundo consume drogas, no todos los que consumen se convierten en usuarios regulares o irregulares y de estos solo algunos se vuelven usuarios compulsivos de las drogas.
- El usador/abusador puede ser conceptualizado como aquella persona que, al no poder encontrar el necesario equilibrio en su vida emocional por medios sociales y afectivos, busca ese equilibrio emocional en elementos egoístas y artificiales, como lo son las drogas. Y en el caso del adicto, se llega a establecer una relación de sometimiento con ese elemento externo que, a largo plazo, genera un deterioro tanto en lo individual como en lo social.
- El individuo decide usar drogas o no, lo cual va depender también de sus valores, motivaciones, intereses, habilidades para tomar decisiones.

3.2.2.7. Causas del consumo

- La existencia de la droga no es la causa de su consumo problemático. En la producción del fenómeno existe una relación de multicausalidad entre el consumo de drogas, factores de riesgo de la persona consumidora y su ambiente social.
- No es el tipo de droga o de actividad lo que causa la dependencia, sino que esta se construye en la interacción entre el sujeto, el objeto y el contexto en el cual ambos se insertan.
- Factores de riesgo: es un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o una transición en el nivel de implicación con las mismas.
 - Tipos:
 - ✓ Marcador fijo: que no puede cambiarse ni modificarse.
 - ✓ Variable: cuando un factor de riesgo puede cambiar espontáneamente dentro del sujeto o como resultado de una intervención.
 - ✓ De riesgo causal: cuando un factor de riesgo puede ser manipulable y cuando dicha manipulación cambia la probabilidad del resultado.
 - ✓ No se debe olvidar si el factor de riesgo es de relevancia clínica o social.
 - Principios:

- ✓ Los factores de riesgo pueden estar presentes o no en un caso concreto.
 - ✓ La presencia de un solo factor de riesgo no es garantía para que vaya a producirse un abuso de drogas y, por el contrario, la ausencia del mismo no garantiza que el abuso no se produzca. Lo mismo sucede con los factores de protección.
 - ✓ El número de factores de riesgo presentes está directamente relacionado con la probabilidad del abuso de drogas.
 - ✓ La mayoría de los factores de riesgo y protección tienen múltiples dimensiones medibles y cada uno de ellos influye de forma independiente y global en el abuso de drogas.
 - ✓ Las intervenciones directas son posibles en el caso de alguno de los factores de riesgo detectados y pueden tener como resultado la eliminación o reducción de los mismos.
- Factores de protección: un atributo o característica individual, condición situación y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa las probabilidades del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas. (Trimboli, 2015)
- * Del orden social - cultural
 - ✓ Sociabilización-familia: la estructura y el modo de crianza contribuyen de modo importante al desarrollo en el aprendizaje de lo que es el mundo y en su propio desarrollo. Dos variables aquí son esenciales: el control y la calidez paterna.
 - ✓ Características demográficas:
 - Sexo
 - Edad
 - Clase Social
 - Ocupación
 - Rendimiento académico
 - ✓ Publicidad, aceptación social, presión social y conformidad: la publicidad y presión social al consumo facilitan conocer el producto, identificarse con lo que rodea al mismo y crear la conciencia de que ese consumo es normal.
 - ✓ Los iguales y amigos:
 - Las funciones que cumplen los iguales son múltiples y, a su vez, están moduladas por su entorno social y familiar específicamente.
 - Las experiencias que tienen los niños en la interacción con sus padres son de gran relevancia en determinar cómo éstos van a relacionarse con sus iguales.
 - Un grupo importante son los hermanos, los cuales afectan el desarrollo de la personalidad infantil de un modo importante.
 - ✓ La escuela y el ambiente escolar: lograr los objetivos académicos, infundir valores positivos, aumentar la autoestima, fomentar habilidades de trabajo son algunos de los

objetivos que se deben pretender conseguir. Y, con ello, formar al sujeto como persona y saber que el consumo de drogas es una conducta problema.

- ✓ Diversión y vida recreativa: hoy la diversión cada vez está más asociada al consumo de drogas. La difusión de las drogas dentro de la diversión ha sido importante y con frecuencia se asocia una con la otra, aunque no puede establecerse un total paralelismo.
- ✓ Disponibilidad y precio:
 - Un factor que se relaciona claramente con el consumo de drogas es que éstas estén disponibles para los posibles consumidores.
 - Como producto tiene que tener unas propiedades para que sus potenciales compradores la acepten y se convierta en un elemento más de consumo.
 - La disponibilidad, el precio y, por tanto, la accesibilidad es algo importante.
- * Del orden biológico
 - ✓ Predisposición biológica: no implica causalidad, aunque si se produce la prueba de una o más sustancias psicoactivas aumenta claramente el riesgo en los individuos predispuestos a que continúen con el consumo tanto por los procesos biológicos de la sustancia como por los de reforzamiento por su consumo.
- * Del orden psicológico
 - ✓ Percepción de riesgo:
 - La percepción de riesgo sobre una sustancia es importante para la toma de decisiones en relación a su consumo.
 - Aquellas personas que tienen una mayor percepción del riesgo sobre una droga tienen un menor consumo de la misma y viceversa.
 - ✓ Drogas como reforzadores:
 - Las drogas son potentes reforzadores para los individuos.
 - El premio puede ser placentero por sí mismo (reforzamiento positivo) o por evitar la presencia de un estímulo aversivo (el síndrome de abstinencia, que siendo aversivo se evita consumiendo: reforzamiento negativo).
 - Una vez consumida una droga de abuso, se produce casi inmediatamente un efecto placentero en el área cerebral correspondiente.
 - Para poder estimar lo poderoso que es el refuerzo que produce una droga hay que saber con qué otros refuerzos compete esa droga.
 - ✓ Factores cognitivos:
 - Expectativas y creencias.
 - El consumo de drogas depende de sus propiedades esperadas.
 - ✓ Características psicológicas:
 - La personalidad es el modo característico y habitual en que cada persona se comporta, siente y piensa. A nivel operativo, la personalidad la evaluamos a través

de sus rasgos, los cuales son las tendencias habituales de comportamiento de las personas.

- La relación entre la inteligencia y la personalidad es recíproca, esto es, no solo las características de la personalidad afectan el desarrollo intelectual sino que el desarrollo intelectual también afecta el desarrollo de la personalidad.
- La inteligencia modula también el consumo de drogas, especialmente el no pasar a la dependencia o al abandono del consumo.
- ✓ La interacción con otras conductas problema: existen casi los mismos factores de riesgo para distintas conductas problema, como son el consumo de drogas y las conductas agresivas, violentas y antisociales.
- ✓ Estado emocional y habilidades de afrontamiento:
 - El estado emocional se asocia en ocasiones con el consumo de drogas. En unos casos, es antecedente del consumo y en otros, el estado emocional negativo es la consecuencia del consumo de drogas.
 - La carencia de adecuadas habilidades de afrontamiento: ante el descubrimiento de un modo de solventar parcialmente sus problemas, la sustancia se convertirá en dicha habilidad de afrontamiento, al tiempo que con ello impide desarrollar adecuadamente las habilidades que se precisan para funcionar eficazmente en la vida.
- ✓ Escalada en el consumo de drogas:
 - El elemento fundamental que va a mantener el consumo de drogas son las consecuencias, positivas o negativas, que siguen a dicho consumo.

3.2.2.8. Consecuencias del consumo

- Droga es toda sustancia farmacológicamente activa sobre el Sistema Nervioso Central que, introducida en un organismo vivo, puede llegar a producir alteraciones indeseables y dañinas a nivel de conciencia, de las funciones psíquicas básicas, de la construcción y curso del pensamiento, de los procesos senso-perceptivos y, como resultado de todo ello, del comportamiento.

3.2.2.9. Modalidades de abordaje: prevención y asistencia

Prevención:

- La prevención debe plantearse qué se trasmite, qué se dice.

- La prevención implica acercarse a la ciencia del bienestar, el mensaje debe poder transmitir alegría y optimismo.
- Debe utilizar como medios o instrumentos la imagen, la polisemia, la simultaneidad y la emotividad.
- El desafío de la prevención está en dejar de escribir y leer la prevención para transformarla en un ejercicio del ver y sentir.

Asistencia:

Principios del tratamiento:

- No hay tratamiento único que sea apropiado para todos los individuos.
- El tratamiento necesita estar disponible fácilmente.
- El tratamiento efectivo atiende a múltiples necesidades del individuo, no solo al uso de drogas.
- Un plan de tratamiento y de servicios individual debe ser continuamente evaluado y modificado cuando se considere necesario para asegurarse que el plan atiende las necesidades de cambio de la persona.
- Permanecer en el tratamiento durante un adecuado periodo de tiempo es crítico para la efectividad del tratamiento.
- El tratamiento individual y grupal y otras terapias conductuales son componentes críticos del tratamiento.
- La medicación es un elemento importante en el tratamiento para muchos pacientes.
- Los individuos adictos o que abusan de drogas que presentan trastornos mentales coexistentes deberían tener tratamiento para ambos trastornos de forma integrada.
- La desintoxicación médica es solo el primer estadio del tratamiento de la adicción y, por sí misma, significa poco en lo que se refiere al uso de drogas a largo plazo.
- El tratamiento no necesita ser voluntario para ser efectivo.
- El posible uso de drogas durante el tratamiento debe ser monitorizado continuamente.
- Los programas de tratamiento deberían incluir evaluación para el VIH, SIDA, hepatitis C y B, tuberculosis y otras enfermedades infecciosas.
- La recuperación de la drogadicción puede ser un proceso a largo plazo y frecuentemente requiere múltiples episodios en el tratamiento.
- La motivación para el tratamiento y el cambio son conceptos críticos en el tratamiento, que deben ser necesariamente abordados desde una perspectiva psicológica homogénea con la propia naturaleza del concepto de motivación.
- Equiparación entre la modalidad del tratamiento y las condiciones del individuo.
- Recaída: como resultado de mecanismos psicológicos de aprendizaje y condicionamiento, en los que actúan distintos factores antecedentes y consecuentes que incluyen los sucesos ambientales, cognitivos-afectivos, fisiológicos y conductuales. El conocimiento e intervención sobre los

determinantes de las recaídas son esenciales. Están presentes tanto factores intrapersonales como interpersonales.

- El tratamiento debe ser entendido como proceso en el que habrá múltiples episodios de recaída, permite contemplarlos como algo normal que debe ser entendido y prevenido, mejorando la respuesta de los pacientes ante episodios de crisis y reduciendo la frecuencia, duración y gravedad de las recaídas.

Psicoanálisis:

- Desde el psicoanálisis se plantea que existen muchos métodos que el sujeto emplea para evitar el displacer. Frente a las dificultades que pueden existir en la relación de ese sujeto con la sociedad, existe una manera de alejarse, de sustraerse.
- La estrategia consiste en protegerse del mundo externo, alejándose de él.
- Un camino posible es influir sobre el propio cuerpo y Freud ubica que es una manera eficaz: la intoxicación, que puede sumir al sujeto en la soledad de un goce sin *Otro*.
- Salamone (2004) dice que la droga implica un modo de gozar que responde al autismo contemporáneo, guarda relación con todas las invenciones para permanecer alejados del *Otro*, es por esta razón que se su consumo se puede ubicar como un síntoma sin el *Otro*, no necesita de las significaciones del *Otro*.
- En principio, el consumo está ligado al mercado, al discurso capitalista que alimenta la pulsión de muerte en los sujetos consumidores que terminan siendo consumidos. Se trata de introducir la dimensión de la falta para producir un cortocircuito en el goce autista del sujeto.
- Se trabaja con el goce.

Terapia cognitiva:

- Es un sistema de psicoterapia que intenta reducir las reacciones emocionales excesivas y las conductas contraproducentes, mediante la modificación del pensamiento erróneo o defectuoso y las creencias desadaptativas, que subyacen a estas reacciones.
- Cuando se aplica al abuso de sustancias, el abordaje cognitivo ayuda a los individuos a luchar a brazo partido con los problemas que les producen angustia emocional y a establecer una perspectiva más amplia de su confianza en las drogas para conseguir placer y/o alivio del malestar.

Basado en la evidencia:

- De acuerdo con este modelo, los componentes esenciales para explicar la iniciación, mantenimiento o abandono de la conducta adictiva son la vulnerabilidad individual, el contexto y las consecuencias.
- El contexto y las consecuencias, además de moldear la vulnerabilidad psicológica, se relacionan con la conducta del individuo a través de diversos mecanismos psicológicos.

- El uso de drogas es un tipo de comportamiento que tiene un carácter dimensional que está multifactorialmente determinado.
- Según la Teoría de la Elección Conductual, el uso de drogas en el individuo se mantendrá mientras las ganancias por su consumo sean superiores a las pérdidas producidas por su precio más los costes de oportunidad.

3.2.2.10. Ejes sobre los cuales se apoya

- Considera a la subjetividad de la persona, relación que mantiene la persona con una sustancia y su contexto, lo que provoca que el consumo de sustancias sea problemático.
- Afirma que existe una multicausalidad en el consumo de sustancias.
- No todo consumo resulta problemático.
- La persona tiene protagonismo en la problemática, como sujeto activo.

3.2.3. MODELO SOCIO-CULTURAL

A continuación, se presentan los conceptos que fueron analizados desde la **teoría socio-cultural**, que interroga acerca de la carga simbólica y el significado que las drogas tienen en cada cultura y en especial dentro de cada momento histórico, donde el sistema ideológico y las creencias generan poder. Considera que el problema de las drogas es producto de una construcción socio-histórica, asumiendo una visión desde la complejidad. Los conceptos que resultan comparables con las demás teorías son:

3.2.3.1. Definición de droga

- En el lenguaje coloquial, el término suele referirse concretamente a *sustancias psicoactivas* y, a menudo, de forma más concreta, a *sustancias ilegales*.
- Desde un punto de vista sociológico la droga es aquella sustancia que en el contexto dado es conocida mayoritariamente como tal.
- Convierte al asunto de las drogas en un fenómeno plural, porque se presenta en una pluralidad de tiempos, en una variedad de lugares y por medio de diversas sustancias.
- El problema de las drogas no es un problema de sustancias, sino de los hombres.
- El problema de la droga se constituyó como tal en la Modernidad.

- El uso de drogas puede ser problemático para una persona cuando el mismo afecta negativamente -en forma ocasional o crónica- a una o más áreas vitales de la persona: su salud física o mental, sus relaciones sociales primarias, sus relaciones sociales secundarias, sus relaciones con la ley.
- Una sustancia adquiere significados y significantes, lo cual no solo tiene que ver con sus propiedades sino también con el contexto personal y social en que se inscribe la situación de consumo, es decir, en un momento de la historia global, familiar y personal.

3.2.3.2. Clasificación de las drogas

- Desde el punto de vista sociológico: la problemática afecta gravemente a la comunidad en su conjunto por la magnitud que alcanza en lo individual y social, no solo en lo atinente a la salud pública, sino también al bienestar y al adecuado desarrollo comunitario. Esta categorización pone el acento en la legalidad o no de la sustancia, diferenciando:
 - ✓ Institucionalizadas: legales.
 - ✓ No institucionalizadas: ilegales.
- Desde el punto de vista cultural:
 - ✓ Drogas aceptadas en nuestra cultura: alcohol, nicotina, cafeína, barbitúricos, benzodiazepinas.
 - ✓ Drogas no aceptadas en nuestra cultura: cocaína, heroína, cannabis, LSD-25.

3.2.3.3. Niveles de consumo

- El uso como el abuso de ellas son fenómenos socialmente contruidos.
- Cuando una droga se utiliza de una forma que difiere del uso aprobado por una cultura, se habla de abuso.
- Los conceptos de uso y abuso de drogas están definidos por una cultura determinada en un momento histórico determinado y no por un mecanismo farmacológico.
- La diferencia entre uso, abuso y dependencia no remite solamente a la cantidad y la frecuencia de drogas consumidas, existe además una diferencia cualitativa respecto de las motivaciones y el contexto de consumo.

3.2.3.4. Modo de entender al consumo de sustancias

- El consumo de sustancias es considerado como hecho social.
- La droga como problema social se construye social e históricamente.

- La drogadicción se construye como problema social a partir de una necesidad de etiquetas y diagnósticos.
- Desde una perspectiva histórica, las drogas serán más o menos importantes de acuerdo a las características de ese sistema y del complejo tutelar para abordar el problema.

3.2.3.5. Concepto de adicción

- La tóxico-dependencia como hecho social implica un cambio antropológico en donde la significación de la droga se encuentra en la cultura.
- Considerando que las adicciones son un fenómeno social, se puede decir que es tan importante lo que la gente cree que pasa como lo que en realidad pasa.
- Es un fenómeno que tiene implicaciones múltiples: psicológicas, médicas, bioquímicas, sociológicas, etnológicas, jurídicas, económicas, políticas, educativas, históricas y éticas.
- Resulta necesario optar por hablar de *consumo problemático de sustancias psicoactivas* en lugar de *adicciones*, en la medida en que se trata de determinar la compleja trama de determinación a partir de la cual alguien consume.

3.2.3.6. Denominación de quien consume sustancias

- Se afirma que quien consume es el síntoma de un sistema social disfuncional, desde las micro-estructuras, como la familia, hasta el contexto macro.
- Muchas veces se perfila una relación lineal entre adicciones y jóvenes.
- A su vez, al consumidor se lo asocia con un patrón único de uso de drogas y con escasos vínculos sociales e institucionales.
- Se lo considera un adicto, lo que deriva en identificarlo necesariamente como alguien peligroso para sí o para otros, violento, con una personalidad autodestructiva y una actitud despreocupada respecto de su salud.
- Son personas que ceden ante las presiones de sus iguales y ante los problemas de su contexto. El consumidor es una víctima de las presiones sociales.

3.2.3.7. Causas del consumo

- Se puede destacar que no existe una causa única a la que puede responsabilizarse sino que son tres los ámbitos concurrentes necesarios y obligatorios para que pueda desarrollarse el consumo problemático: un contexto social, una persona y una o más sustancias.

- Es innegable que se trata de un problema muy complejo en el que interviene una cantidad importante de factores, entre ellos los sociales, culturales, políticos, morales, religiosos y económicos.
- Dentro de la multicausalidad del consumo problemático, también se contemplan los factores culturales. La cultura valoriza y significa de modo especial determinadas interacciones entre los hombres y entre estos y los objetos.
- Los factores económicos y políticos deben ser contemplados, ya que se incorpora la burocratización que conduce a formas de exclusión. Esto trae como correlato que los tiempos para la acción política se retarden en favor de la velocidad propia de los grupos de poder económico que operan en el mercado de sustancias lícitas e ilícitas.
- Sistemas ideológicos y creencias
 - ✓ El análisis del consumo de drogas y la respuesta social depende fundamentalmente de la instalación de creencias.
 - ✓ Existe un sistema ideológico y de creencias que transforma en algo natural lo establecido por un discurso determinado relacionado con el momento histórico de una sociedad dada.
 - ✓ Para ello hay que tener en cuenta las siguientes categorías:
 - * Mitos:
 - Un mito está formado por unidades que se relacionan con una amplia red de significados. Así los fenómenos culturales pueden considerarse como producto de un sistema de significación que se define solo en relación con otros elementos dentro del sistema, como si fuera el propio sistema quien dictase los significados. Todo código de significación es arbitrario pero resulta imposible aprehender la realidad sin un código.
 - * Ideología:
 - Sistema de representaciones, las cuales están dotadas de una existencia y de un papel histórico en el seno de una sociedad dada.
 - Es lo que hace que los sujetos marchen solos, sin preguntarse demasiado hacia dónde van.
 - Se forman como enmascaramientos, la clase social dominante oculta sus verdaderos propósitos por medio de una ideología, que a su vez implica que ella misma ignore sus objetivos últimos. Ahora bien, puede funcionar como reveladora de la realidad que intenta encubrir.
 - * Representaciones sociales:
 - Permiten analizar cómo determinado grupo social ve, interpreta y da sentido a un aspecto de sus vivencias individuales y colectivas.
 - Apunta a comprender y explicar el pensamiento del sentido común.

- Las representaciones colectivas son categorías abstractas producidas colectivamente, que van más allá de lo individual y ejercen influencia sobre los individuos.
 - Las representaciones sociales son construcciones simbólicas que se crean y recrean en el curso de las interacciones sociales.
 - Se alude a una forma de pensamiento social.
 - Su función es la de dotar de sentido a algo desconocido.
- * Conciencia pública:
- Reprime todo acto que la ofende utilizando como marco las costumbres, cuya transgresión conlleva como consecuencia sanciones que van desde la murmuración y el ostracismo a sanciones que son expresadas en las leyes.
- * Desviación social:
- Las reglas sociales delimitan ciertas situaciones y los tipos de comportamiento apropiados para la sociedad, definiendo algunas actuaciones como correctas y otras como incorrectas. Ciertos grupos pueden ser considerados desviados o discriminados por parte de la comunidad.
 - Es la infracción de una regla previamente acordada. La desviación es creada por la sociedad.
 - Cuando una sociedad crea sus reglas, también crea los rasgos y características propias de las personas que serán consideradas desviadas.
- * Usos sociales:
- Son prácticas relativamente duraderas, uniformadas, que se consideran obligatorias en la situación apropiada, pero no absolutamente obligatorias.
 - Puestas en vigor por los controles sociales informales.
 - Tienen su origen de una manera no planeada y oscura.
 - Cuando los usos sociales se repiten con suficiente frecuencia se convierten en hábitos.
- * Costumbres:
- Las costumbres tienen en común con los usos sociales el hecho de que son planteadas en su origen, no son cuestionadas y son relativamente inmutables.
 - Las sanciones a su transgresión son también de índole formal y comunitaria.
 - Por lo general, se las da por sentadas considerándolas como una parte sumamente importante de la naturaleza de las cosas.
- * Prejuicio:
- Opinión previa y tenaz, por lo general desfavorable, acerca de algo que se conoce mal.

- Actitud hostil o prevista hacia una persona que pertenece a un grupo, simplemente porque pertenece a ese grupo, suponiéndose por lo tanto que posee las cualidades objetables atribuidas al grupo.
- Los prejuicios son mucho más que los juicios del individuo, son la realidad histórica de su ser.

* Estereotipo:

- Se trata de un conjunto de creencias acerca de las características de las personas de un grupo determinado, que se generaliza a casi todos los miembros del grupo.
- Es un concepto simple, no complejo; es más falso que verdadero; es más frecuente que sea adquirido de segunda mano que por experiencia directa; es resistente al cambio.
- Un determinado estereotipo justifica el prejuicio y la discriminación de una sociedad hacia un grupo minoritario a quien se le atribuye el estigma.

* Estigma:

- Serie de atributos que caracterizan a una persona o grupo de personas y le hacen pertenecer a una categoría social concreta.
- Se emplea para hacer referencia a un atributo profundamente desacreditador.
- Las personas estigmatizadas responden a la situación de ser rechazadas mediante el intento de corregir directamente lo que se considera el fundamento objetivo de su deficiencia.

* Percepción social:

- Nos referimos al conglomerado de opiniones, creencias, ideas y nociones que, en un momento dado y frente a una situación determinada, son compartidas socialmente.
- Esto no significa que sean absolutamente homogéneas.
- Seguramente, no se encontrará en la sociedad actual una única percepción, pero sí es posible reconocer una percepción social dominante.

* Control social:

- El proceso de desacreditar, estigmatizando a una persona o grupo, tiene la función de control social.
- Ese control puede ser de tipo formal llevado a cabo por las autoridades oficiales para mantener identificadas a ciertas personas.
- En cambio, el control social informal incluye a la sociedad en general.
- Remite a respuestas que una sociedad instrumenta para intentar controlar y contener ciertas situaciones que se dan en su interior.

- Entendemos por control social los medios utilizados por una sociedad para asegurar la adhesión a sus normas o, dicho de otra manera, la forma en que minimiza, elimina o normaliza el comportamiento desviado.
- * Medios masivos de comunicación:
 - Los medios de comunicación responden a intereses específicos y reproducen discursos acordes a las ideologías dominantes (modelo ético-jurídico, modelo médico-sanitario).
 - Los medios de comunicación gestionan los temas de las drogas privilegiando algunas fuentes, criminalizando la información, dando protagonismo a algunos temas. Las representaciones sociales, de este modo, se van constituyendo por discursos corporativos de tipo policial, judicial, médico, periodístico.
 - Los medios de comunicación pueden usarse para el bien o para el mal. En el universo de las comunicaciones se habla más de las drogas que del daño que provocan.
 - Cassanola identifica tres tipos de información atinente a las drogas: específica, inespecífica y propagandística.
 - ✓ La información específica habla en general de las diferentes drogas, de cómo se procuran, utilizan y consumen. Se genera una descontextualización, con títulos elaborados por conclusiones propias de los periodistas.
 - ✓ La información inespecífica se trata de notas e informes que se limitan a mostrar el entorno de la problemática de la drogodependencia y a los consumidores en sus peores momentos, a quienes se criminaliza, victimiza y discrimina.
 - ✓ La información propagandística intenta banalizar el consumo de sustancias socialmente aceptadas y las muestra desde su lado más amable y vendedor.

3.2.3.8. Consecuencias del consumo

- Es un fenómeno que tiene implicaciones múltiples: psicológicas, médicas, bioquímicas, sociológicas, etnológicas, jurídicas, económicas, políticas, educativas, históricas y éticas.
- El uso de drogas puede ser problemático para una persona cuando el mismo afecta negativamente -en forma ocasional o crónica- a una o más áreas vitales de la persona: su salud física o mental, sus relaciones sociales primarias, sus relaciones sociales secundarias, sus relaciones con la ley.

- La problemática afecta gravemente a la comunidad en su conjunto por la magnitud que alcanza en lo individual y social, no solo en lo atinente a la salud pública, sino también al bienestar y al adecuado desarrollo comunitario.

**3.2.3.9. Modalidades de abordaje:
*prevención y asistencia***

Prevención:

- Revisar los modelos de intervención en función de adaptarlos a nuevos escenarios sociales. Pensar en los espacios micro-sociales para generar señales al todo social.
- Es importante entender a la prevención no como un mensaje que se debe multiplicar, sino como una intervención en diferentes espacios sociales.
- La prevención implica una forma de interpelación, que puede interrogar aquello que se presenta como problema.
- Desde una mirada histórica, permitirse analizar los mecanismos que naturalizaron su situación.
- La situación de consumo sirve como punto de partida y pretexto de reunión para preguntarse sobre otras cuestiones muy relevantes, pero más difíciles de abordar directamente.
- Una prevención que escuche, más que una que diga. Porque en la medida que escucha puede atender aquello que aparece denunciado por el consumo de drogas. En tanto “diga”, obturará la posibilidad de trabajar sobre lo que realmente importa.

Prevención primaria:

- Los trabajos de prevención es donde específicamente se mueve el equipo interdisciplinario.
- Se pone énfasis en la promoción y prevención primaria, ya que todo sujeto que pueda circular por los niveles simbólicos de las relaciones sociales se convertirá en actor social, reduciendo mayores recursos psicológicos para enfrentar la realidad y transformar sus condiciones de existencia.

Prevención secundaria:

- Para que un individuo pueda desarrollarse, es necesaria la provisión de determinados aspectos básicos.
- En el aspecto físico el trabajador social debe tratar de fomentar la provisión de los aportes básicos o la neutralización de las influencias que tienden a impedir esta provisión.
- Aportes psico-sociales: el trabajador social tiene una de sus más significativas actuaciones en el campo de las relaciones familiares en prevención primaria, trabajando en la educación para padres, para evitar determinadas actitudes que podrían resultar perjudiciales.

- Aportes socio-culturales: el trabajador social colabora para ver cuáles son las influencias que sobre el desarrollo y el funcionamiento de la personalidad ejercen las costumbres y los valores de la cultura y la estructura social. (Becerra y Kennel, 2008)

Prevención terciaria:

- Uno de los pasos principales es el diagnóstico precoz.
- Abarca la primaria y la secundaria. Actúa mediante la rehabilitación. Esta recuperación debe comenzar desde el momento del diagnóstico.
- El rol del trabajador social dentro del equipo es el de evitar los prejuicios de la familia del paciente, favoreciendo la segregación-cronificación.
- Mantener la comunicación con el paciente, con sus redes sociales, para evitar que la familia, el trabajo y la comunidad en general cierren sus filas ante la ausencia, o sea, tratar de mantener abierta la comunicación del paciente con la comunidad.

Asistencia:

Funciones propias del Trabajador Social:

- Entrevistas de admisión tanto a la persona como a la familia o a quien acompañe.
- Integrante del equipo.
- Tratamiento a la familia manteniéndola al tanto de la evolución de la persona.
- Seguimiento de los casos.
- Proyección a la comunidad inmediata y mediata, ya sea trabajando con ella o a través de charlas informativas.
- Orientación y/o derivación a otras instituciones.
- Investigaciones.
- Capacitar a los pacientes para que puedan desenvolverse en el área laboral y social.
- Amparar legalmente a la persona.

Abstencionismo:

- En la Argentina de hoy podríamos decir que existe un discurso hegemónico sostenido por el modelo abstencionista.
- Hay instituciones que pretenden desintoxicar al sujeto, sacarle el objeto de la adicción en tanto causa. Modelo vinculado a la planificación sanitaria normativa.
- Se regula y normaliza el consumo.

Reducción de daños:

- Reconoce que en el contexto actual las condiciones en que los sujetos consumen drogas los exponen a mayores daños de los que producen las drogas mismas: condiciones de ilegalidad, marginación, desinformación, falta de acceso a circuitos sanitarios, instituciones cerradas por la exigencia de la abstinencia absoluta, mitos que sostienen que toda intervención diferente a la represión es un estímulo de consumo.
- Reducción de daños consiste en garantizar el acceso de todos a la información y a la prevención, facilitando el contacto del adicto con el sistema de salud.
- Reconoce la inclusión del sujeto adicto en tanto sujeto de derecho.

3.2.3.10. Contexto histórico de surgimiento

- Antigüedad:
 - ✓ Las sustancias psicoactivas han sido utilizadas por el hombre, desde la Antigüedad y a lo largo de la historia, dentro del contexto de prácticas bien definidas y socialmente integradas de orden cultural. El consumo de sustancias se inicia con el hombre mismo.
- Periodo de posguerra de la Segunda Guerra Mundial:
 - ✓ Algunos sectores comienzan a colocar en primer plano lo que hasta el momento era algo desconocido para la sociedad: el denominado flagelo de las drogas o epidemia de las drogas.
- A fines de la Edad Media y comienzos de la Moderna:
 - ✓ Las estructuras tradicionales comenzaron a transformarse.
 - ✓ En las áreas rurales, en lugares en donde los campesinos se ven enfrentados a condiciones muy duras de existencia y de trabajo.
 - ✓ Se han utilizado sustancias con fines espirituales o para rituales religiosos.
- Modernidad:
 - ✓ Llegó el momento en que las sustancias psicoactivas ya no eran solo cuestión de la naturaleza. A medida que avanzaba la introducción de las mismas por parte de la medicina y de la industria farmacéutica en general, el uso popular de las drogas se fue extendiendo bajo la lógica capitalista, llegando a introducirse en el ámbito del mercado.
 - ✓ Durante el S. XIX, hacen su aparición las drogas elaboradas en laboratorios de especialidades medicinales.
 - ✓ Cuarto del S. XX, las sustancias psicoactivas jugaban ya un papel muy importante en la vida económica. El verdadero problema social se inicia cuando las sustancias naturales comienzan a ser manipuladas, para luego prescribirse indiscriminadamente contra el dolor.
 - ✓ Sociedad de consumo: S. XXI, la naturaleza no está dada, sino que se ha transformado en un producto histórico de la industria, convirtiéndose de esta manera en un componente integral de la dinámica social, económica y política.

- ✓ La drogodependencia se ha presentado como una importante área de integración de prácticas institucionales, prácticas sanitarias en el ámbito médico y en el psicológico, prácticas pedagógicas y legales.
- ✓ Si la drogodependencia como saber existe y opera no es por su estatuto científico sino en tanto tiene una articulación institucional y, por lo tanto, ligada a una dinámica específica de poder.

3.2.3.11. Ejes sobre los cuales se apoya

- Interroga acerca de la carga simbólica y del significado que las drogas tienen en cada cultura y en especial dentro de cada momento histórico.
- Este modelo distingue las drogas que se usan como resultado de patrones culturales y las consecuencias sociales de su uso.
- Considera que el problema de las drogas es producto de una construcción socio-histórica.

3.2.4. MODELO ÉTICO-JURÍDICO

Por último, la **teoría ético-jurídica** como categoría transversal de análisis, desde una mirada simplista, considera a la droga como causa de malestares e inseguridades sociales y para ello considera que el modo de abordar la problemática es a través de las leyes. Asocia al consumo con la delincuencia como así también considera a la adicción como enfermedad que debe ser tratada. Es así que quien consume es, por tanto, delincuente, aunque la Ley de Salud Mental aporta una nueva mirada tratando de romper con dicho régimen hegemónico, considerando a quien consume como sujeto de derechos. Los conceptos analizados son:

3.2.4.1. Definición de droga

- Desde el punto de vista legal, a las sustancias psicoactivas se las denomina estupefacientes.
- Supone el acento en lo perjudiciales que son para el sujeto y en especial para la sociedad, en el sentido de que son capaces de alterar el comportamiento de los individuos.
- La droga es considerada un agente activo.
- Distingue entre drogas lícitas e ilícitas.

3.2.4.2. Clasificación de las drogas

- Sustancias ilegales: incluyen aquellas cuya fabricación, uso, posesión y comercio están absolutamente prohibidos.

- Sustancias de utilización médica: son todas aquellas sustancias cuya producción, venta y uso están sujetas al control del Estado y son utilizadas con fines médicos.
- Sustancias legales, pero bajo alguna forma de control: entre ellas encontramos el alcohol y el tabaco.
- Sustancias sin ningún tipo de control: por ejemplo, el café y el té.

3.2.4.3. Modo de entender al consumo de sustancias

- Como un problema de seguridad social.
- Algo necesario de prohibir por la desviación social y vinculada a la delincuencia.

3.2.4.4. Concepto de adicción

- La adicción a las drogas constituye un peligro para el individuo y para la sociedad.
- Las adicciones son consideradas un delito, estableciendo una relación lineal y causal entre ambas categorías.
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26.667, en su artículo N° 4 afirma que las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental, es decir que se consideran como un problema de salud mental.

3.2.4.5. Denominación de quien consume sustancias

- Se le asigna al usuario de drogas una doble condición de enfermo y de delincuente.
- Los traficantes y consumidores son considerados delincuentes.
- La persona que consume sustancias genera malestar social y, por tanto, inseguridad.
- La Ley de Salud Mental menciona a las personas que consumen como sujetos de derechos, superando la idea de paciente/beneficiario objeto de asistencia.

3.2.4.6. Causas del consumo

- La droga es considerada como causa de malestar social, inseguridad y delincuencia.

3.2.4.7. Consecuencias del consumo

- Las drogas son perjudiciales para el sujeto y en especial para la sociedad, en el sentido de que son capaces de alterar el comportamiento de los individuos.

3.2.4.8. Modalidades de abordaje: prevención y asistencia

Asistencia desde una perspectiva histórica.

- La modalidad de abordaje es a través de leyes.
- En la década del '80:
 - A la respuesta penal existente, se le agrega la respuesta médica de tratamiento y reeducación.
 - Con la Ley 20.737 sancionada en 1989 comienzan a proliferar Centros de Recuperación de Toxicómanos encargados de implementar medidas de seguridad curativas y educativas alternativas a la cárcel para los consumidores de sustancias.
 - Aislamiento bajo el modelo del hospital psiquiátrico.
- Ya entrada la década del '90:
 - Se crea la Secretaría de Programación para Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR) donde se unifican en un organismo la atención preventiva y la acción punitiva.
 - Paralelamente, aparecen diversas ONG con financiamiento mixto que comienzan a trabajar tanto con el tema del HIV como con los usuarios de sustancias.
 - La estrategia será reducir tanto la oferta como la demanda desde el punto de vista jurídico – legal.
- La ley de Salud Mental:
 - Busca revertir la aplicación de las internaciones forzadas.
 - Establece que “en caso de que la internación fuera involuntaria o voluntaria prolongada, que las condiciones de la misma sean supervisadas periódicamente por el órgano de revisión” (Art. 7).
 - Se prevé que el Estado deba “proporcionar un abogado a la persona internada involuntariamente desde el momento de la internación” (Art. 22).
 - Reconoce el derecho “a no ser sometidos a trabajos forzados, y a recibir una justa compensación por su tarea en caso de participar de actividades que impliquen obras o servicios que luego sean comercializadas” (Art. 7).

- El Estado garantiza el derecho de toda persona a: acceder de modo gratuito, igualitario y equitativo a atención integral de salud mental, desarrollada preferentemente fuera del ámbito de internación, en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial; ser atendida en hospitales generales, sin discriminación, que no se creen nuevos manicomios y que los existentes se adapten a los principios de esta ley, hasta su sustitución por dispositivos basados en la comunidad; ser tratada en base a la estrategia de atención primaria de la salud en el lugar más cercano al domicilio.
- Medidas de seguridad-curativas:
 - Orientadas exclusivamente a finalidades preventivas y cuyo presupuesto es la peligrosidad del autor del delito.
 - Las medidas educativas están dirigidas a experimentadores y/o principiantes, mientras que las curativas a “drogodependientes”.
 - Es una medida general terapéutica que se aplica como consecuencia de la peligrosidad anterior o pos delictual.

3.2.4.9. Contexto histórico de surgimiento

- Políticas prohibicionistas:
 - Se iniciaron en Estados Unidos, considerando que la libertad era un problema.
 - Existía una desconfianza hacia el ingreso de nuevos inmigrantes, limitando las distintas drogas a grupos definidos o identificados de acuerdo a la religión o raza.
 - La medicina institucionalizada pretendía mantener su poder monopólico sobre la prescripción de sustancias psicoactivas.
 - Las drogas eran las armas del enemigo que debilitaban a los jóvenes y al país en general.
- Características de las políticas:
 - Empezaron a ponerse en marcha políticas internacionales dominadas por el discurso moralista y jurídico, que divide a las drogas legales e ilegales.
 - Se señala como génesis de este movimiento la moral protestante que hace de la abstinencia una obligación moral para todos los seres humanos.
- Argumentos para la prohibición: se pueden nombrar tres argumentos para justificar la penalización de la tenencia de estupefacientes para consumo personal: perfeccionista, paternalista y el de la defensa social.
 - El argumento perfeccionista intenta legitimar el castigo bajo la premisa de que la autodegradación moral del individuo autoriza la intervención del Estado, ya que constituye uno de sus objetivos promover comportamientos moralmente valiosos.

- El argumento paternalista tiene como característica normas que protegen intereses de las personas aún en contra de su voluntad. Al postularse como tutor de los bienes jurídicos, conduce a legitimar el castigo de las conductas auto-lesivas.
- El argumento de la defensa social pretende legitimar el castigo de la tenencia de estupefacientes para consumo personal a partir de los efectos nocivos que tienen para la sociedad estos comportamientos. Bajo este argumento transitan los fallos que legitiman la pena por entender que pone en peligro la salud pública.
- Marco legal en América y el mundo:
 - Estados Unidos:
 - ✓ A principios de los años setenta, el presidente de Estados Unidos, Nixon, llegó a declarar a la droga como el enemigo público número uno.
 - ✓ En 1982, Reagan declaró la “Guerra contra las drogas”, elevándola luego a la jerarquía de “asunto de seguridad nacional” en abril de 1986.
 - ✓ La línea impulsada por Estados Unidos era que todos los países tuvieran su ley antidroga.
 - ✓ Si bien Estados Unidos es el país que marca la línea acerca de las políticas sobre el estatus legal que deben tener las drogas, son cada vez más los Estados que aprueban leyes que legalizan el cannabis, tanto para su uso medicinal como recreativo. Hasta el momento, es legal la compra de marihuana para uso recreativo en California, Massachusetts, Columbia, Oregón, Washington, Colorado y Alaska.
 - Continente Americano: en los años ‘80 del siglo XX, todo el continente americano sancionó leyes antidrogas muy parecidas a las de los Estados Unidos, en general por presión de la agencia estadounidense especializada. América Latina: cada ley de estupefacientes tiene su particularidad; aunque ninguna, salvo desde 2013 en Uruguay, contempla la libre venta de drogas. Hay matices en cuanto al consumidor.
 - Europa:
 - ✓ Luego de una época de leyes muy duras contra la tenencia de drogas para uso personal, algunas comenzaron a cambiar.
 - ✓ En la mayoría de los países miembros, el consumo de cannabis no constituye una infracción penal.
 - ✓ El cannabis es considerado un delito castigado penalmente en Francia, Finlandia, Grecia y Suecia.
 - ✓ El cannabis es una simple infracción administrativa en Portugal, Bélgica, Luxemburgo y España (en este último caso, solo el uso en un lugar público es considerado infracción).
- Marco legal en Argentina:
 - Constitución nacional: el artículo 75 inc. 22 (artículo 33 de la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño) determina que los estados parte adoptarán todas las medidas apropiadas, incluidas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educacionales, para

proteger a los niños del uso ilícito de los estupefacientes y sustancias psicotrópicas enumeradas en los tratados internacionales pertinentes y para impedir que se utilice a los niños en la producción y el tráfico ilícitos de esas sustancias.

- Antecedentes de la ley actual:
 - ✓ Hasta 1924 no existía ninguna referencia a la palabra “estupefacientes”.
 - ✓ A partir de ese año, la *Ley 11.309* incorpora al Código Penal el delito de la introducción clandestina al país de narcóticos y alcaloides, la venta sin receta médica o en dosis mayores a las prescriptas.
 - ✓ 1924, se promulga la primera ley especial en Argentina en materia de estupefacientes, es la *Ley 20.771* que diferencia la tenencia para uso personal, pero solo en relación a la pena correspondiente.
 - ✓ Paralelamente, se sanciona la *Ley 20.840* que reglamenta la “lucha antisubversiva” como eslabón de la “Doctrina de la Seguridad Nacional”. Asimismo, se crea el primer organismo público de atención específica de las adicciones: el Centro Nacional de Reeducación Social -CENARESO-. En esta etapa, se gesta una respuesta puramente represiva y penal.
 - ✓ Con la nueva reforma del Código Penal, la *Ley 11.331* pasa a considerar delito a la tenencia, tanto para la venta como para el consumo personal. Es el momento fundante de la legislación prohibicionista en nuestro país.
 - ✓ Correspondencia cronológica con el desarrollo y consolidación de la legislación prohibicionista norteamericana, que en la década del 1930 ingresaba en una etapa donde el centro de los esfuerzos estatales se pone sobre el control y combate de los denominados “narcóticos”.
 - ✓ En 1942, el *Proyecto del diputado José Peco*, es un proyecto legislativo que solo reprime la tenencia de sustancias cuando están destinadas al comercio o para suministrárselas a otros. Excluyendo la punición de la tenencia de una dosis para uso personal. Este proyecto no fue aprobado.
 - ✓ En 1968, la *Ley 17.567* endurece las penas por tenencia, pasando de uno a seis años de prisión, pero excluye la tenencia para consumo personal. Esta reforma penal se da en el marco de un gobierno dictatorial encabezada por el General Juan Carlos Onganía. Durante el transcurso de la dictadura militar, la tenencia de drogas para consumo personal se encontraba exenta de la autoridad de los magistrados y, por lo tanto, no era una conducta penalizada.
 - ✓ En 1973, la *Ley 17.567 se deroga y se retorna a la de 1926*. Coincide con la finalización de la dictadura militar y con el regreso del gobierno constitucional de Héctor José Cámpora, primero, y el general Perón, después.
 - ✓ En 1986, la *Ley 23.344* limita la publicidad del cigarrillo e impone la obligatoriedad de incluir en los paquetes una advertencia sobre el contenido de sustancias cancerígenas. La *Ley*

23.358 de 1986 en su artículo 1° ordena al Poder Ejecutivo Nacional la inclusión en los planes de estudio de los niveles de enseñanza primaria y secundaria los contenidos necesarios, con el fin de establecer una adecuada prevención de la drogadicción.

- Ley actual:
 - ✓ La *Ley 23.737* de 1987 es la vigente en Argentina. Aumenta las penas para los delitos de tenencia para comercialización, que van de cuatro a quince años de prisión.
 - ✓ Mantiene las penas de la tenencia para consumo personal disminuyéndolas respecto de la ley anterior de un mes a dos años de prisión.
 - ✓ Se agrega la posibilidad de la suspensión del juicio si la persona elige realizar un tratamiento de rehabilitación.
- Leyes posteriores:
 - ✓ 1997: se sanciona la *Ley 24.788* que prohíbe en todo el territorio nacional la venta de bebidas alcohólicas a menores de 18 años.
 - ✓ Se crea el Programa Nacional de Prevención y Lucha contra el Consumo Excesivo de Alcohol. También mediante la *Ley 24.819* se crea la Comisión Nacional Antidoping que regula el consumo de sustancias en el ámbito deportivo.
 - ✓ 2009: el “Fallo Arriola” de la Corte Suprema de la Justicia de la Nación declara inconstitucional la penalización de la tenencia para consumo personal. La ley prohíbe la tenencia, el fallo es aplicable solo al caso Arriola en particular, aunque cada juez puede aplicarlo a los demás casos.
 - ✓ 2010: se promulga la *Ley 26.657*, Ley Nacional de Salud Mental, que incluye a las adicciones dentro de las políticas de Salud Mental.
 - ✓ Todos y cada uno de los artículos aprobados son aplicables en los casos de adicciones, sean por consumo de sustancias lícitas como ilícitas.
- Otras leyes que incluyen el consumo de drogas:
 - ✓ *Ley 2.318*: ley de prevención y asistencia del consumo de sustancias psicoactivas y de otras prácticas de riesgo adictivo.
 - ✓ Si bien está en vigencia desde el 2007, en la práctica cayó en desuso y después de tantos años, aún no fue reglamentada.
 - ✓ Se destacan los siguientes puntos: garantizar alternativas de tratamiento en el ámbito de la Salud Pública que contemplen el desarrollo de equipos especializados de asistencia integral a los consumidores de sustancias psicoactivas, los programas de intervención comunitaria con capacitación orientada a profesionales y no profesionales. Garantizar las acciones necesarias para poner en marcha los ajustes institucionales que aseguren un enfoque de tratamiento integral.
 - ✓ *Ley 448*, Ley de Salud Mental: si bien no incluye directamente las adicciones dentro de su texto, pueden observar algunos párrafos que refieren en forma indirecta.

- ✓ *Ley 26.657, Ley Nacional de Salud Mental:* Esta ley considera a las adicciones como un tema de salud mental. Algunos artículos que se relacionan directamente son: 4, 8, 9, 11, 12, 28.
- ✓ *Resolución Conjunta 362/97 y 157/97 del Ministerio de Salud y Acción Social y la Secretaria de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico:*
 - * Esta resolución aprueba el Programa Terapéutico Básico para el tratamiento de la Drogadicción.
 - * Deberá ser cumplimentado por todas las Obras Sociales y Asociaciones de Obras Sociales del Sistema Nacional del Seguro de Salud incluidas en la Ley N° 23.660 y las empresas o entidades prestadoras de servicios de medicina prepaga.
- ✓ *Otras leyes que de una u otra manera incluyen a las adicciones son las siguientes:*
 - * Ley N° 23.660/Ley de las Obras Sociales.
 - * Ley N° 23.661/Creación del Sistema Nacional del Seguro de Salud.
 - * Ley N° 24.445/Incorporación de prestaciones obligatorias para obras sociales.
 - * Ley N° 24.754/Ley de empresas o entidades que presten servicios de medicina prepaga.
 - * Ley N° 26.529/Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud.
- ✓ *Ley N° 5.708:* se sancionó en el 2016, en la ciudad de Buenos Aires:
 - * Tiene como objeto regular la publicidad y promoción de la venta de bebidas alcohólicas en la CABA a efectos de prevenir y asistir a la población entre las consecuencias negativas de su consumo en exceso.
- ✓ *Ley N° 27.350 de "Investigación Médica del Uso Medicinal de la Planta de Cannabis y sus derivados":*
 - * Legaliza el uso medicinal del cannabis y garantiza el acceso gratuito al aceite extraído de la planta en todo el territorio argentino, aunque la ley sigue prohibiendo su auto cultivo.

**3.2.4.10. Ejes sobre los cuales se
apoya**

- La droga genera peligrosidad, inseguridad y delincuencia.
- La persona que consume es un delincuente y un enfermo.

4. METODOLOGÍA

4.1. PROBLEMA – OBJETO DE ESTUDIO

¿Qué relación se establece entre los diversos puntos de vista que existen acerca del consumo de sustancias?

Para ello, se tuvieron en cuenta los siguientes interrogantes que se constituyeron en categorías analíticas:

- ¿Cuáles son las tesis fundamentales de cada uno de ellos?
- ¿Cuáles son las principales diferencias?
- ¿Es posible encontrar puntos coincidentes?
- ¿Hay posturas intermedias?
- ¿Cuáles son los puntos más fuertes y más débiles de cada mirada?
- ¿Consumo problemático de sustancias? o ¿problemáticas ligadas al consumo?
- ¿El consumo es un problema? ¿Para quién? ¿De quién?
- Entender al consumo de drogas como ¿un problema?, ¿una enfermedad?, ¿un tema?, ¿una situación?
- Cómo se denomina a quien consume: ¿cómo un adicto?, ¿un enfermo?, ¿una persona?
- ¿Son personas vulnerables o vulneradas?
- ¿Cuáles son los modelos de abordajes que se proponen? ¿Reducción de daños? o ¿abstinencia? ¿Cómo se entiende la rehabilitación?
- ¿Cuáles son las causas del consumo?
- ¿Cuáles son las modalidades de abordaje que se proponen?

4.2. OBJETIVO GENERAL

Relacionar los puntos de vista ético-jurídicos, médico-sanitarios, psico-sociales y socio-culturales acerca del consumo de sustancias para argumentar que el problema de la droga es que la droga no es el problema.

4.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Teniendo en cuenta los diferentes puntos de vista: ético-jurídico, médico-sanitario, psico-social y socio-cultural se pretendió:

- Determinar qué es la droga, cómo se clasifican, niveles de consumo, modo de entender el consumo de sustancias y las adicciones desde cada punto de vista.
- Identificar en cada punto de vista el modo de denominar a quien consume sustancias.
- Exponer las causas y consecuencias del consumo de sustancias según cada punto de vista.

- Reconocer las modalidades de abordajes propuestas por cada punto de vista.
- Presentar los contextos históricos de surgimiento de cada modelo.
- Establecer ejes sobre los cuales se apoya cada teoría.

4.4. CATEGORÍAS DE ANÁLISIS

- Definición de droga.
- Clasificación de las drogas.
- Niveles de consumo.
- Modo de entender el consumo de sustancias.
- Concepto de adicción.
- Denominación de quien consume sustancias.
- Causas del consumo.
- Consecuencias del consumo.
- Modalidades de abordaje: prevención y asistencia.
- Contexto histórico de surgimiento.
- Ejes sobre los cuales se apoya cada teoría.

4.5. APROXIMACIONES

HIPOTÉTICAS

- Las visiones psico-social y socio-cultural acuerdan con el abordaje del consumo problemático de sustancias desde lo contextual y no solo desde lo individual.
- Existen diferencias entre cada visión a la hora de mencionar a la persona que consume lo que influye en las modalidades de abordaje propuestas.
- El punto de vista ético-jurídico y médico-sanitario se complementan en modalidades de abordajes, como las comunidades terapéuticas.
- La relación entre las diferentes miradas acerca del consumo es necesaria para poder entenderlo desde la multicausalidad que implica complejidad de consecuencias.

4.6. MATRIZ DE ANÁLISIS DE

DATOS

Unidad de análisis	Unidad de observación	Dimensión de la variable	Indicadores
Corpus teórico	Visiones sobre el consumo de sustancia. Tesis fundamentales.	Médico-sanitaria Ético-jurídica Psico-social Socio-cultural	Visión médico-sanitaria/dimensiones de la variable

	Puntos fuertes y débiles.		consumo problemático. Visión ético jurídica/dimensiones de la variable consumo problemático. Visión psico-social/dimensiones de la variable consumo problemático. Visión socio-cultural/dimensiones de la variable consumo problemático.
Corpus teórico	Consumo problemático de sustancias.	Definición de droga: sustancia/el sujeto las convierte en drogas/la cultura es la que la define como tal. Clasificación de las drogas: según efectos en el sistema nervioso central/ institucionalizadas y no institucionalizadas/legales e ilegales. Niveles de consumo: hábito, uso, abuso, dependencia/ depende el contexto/cantidad y frecuencia. Modo de entender el consumo de sustancias: consumo problemático de sustancias/ problemáticas ligadas al consumo/enfermedad/	Relación que se establece entre cada dimensión del consumo problemático de sustancias con las visiones existentes acerca del mismo.

		<p>relación subjetiva/ hecho social.</p> <p>Concepto de adicción: enfermedad/conductas adictivas/fenómeno social.</p> <p>Denominación de quien consume sustancias: adicto/ enfermo/delincuente/usuario/ sujeto de derecho/síntoma de un sistema disfuncional.</p> <p>Causas del consumo: unilaterales/multicausalidades.</p> <p>Consecuencias del consumo: causa-efecto/multicausalidad.</p> <p>Modalidades de abordaje: reducción de daños/ abstinencia/asistencia: ambulatoria o internación/ prevención.</p> <p>Contexto histórico de surgimiento.</p> <p>Ejes sobre los cuales se apoya.</p>	
--	--	--	--

4.7. PROCESO METODOLÓGICO

Para relacionar los puntos de vista ético-jurídicos, médico-sanitarios, psico-sociales y socio-culturales acerca del consumo de sustancias con la finalidad de argumentar que el problema de la droga es que la droga no es el problema, se utilizó el diseño metodológico de tipo cualitativo que comprende la teoría fundamentada desde un diseño sistemático.

El proceso que se llevó a cabo supuso la recolección de datos en una primera instancia; luego, la codificación abierta, es decir que se revisaron todos los segmentos del material para analizar por comparación constante generando categorías iniciales de significado, por lo que se identificaron aspectos comparables en los diferentes puntos de vista existentes: medico-clínico, ético- jurídico, psico-social y socio-cultural. Posteriormente, se realizó el proceso de codificación axial en donde de cada categoría codificada se seleccionó la más importante y central (consumo problemático de sustancias); luego, se

vincularon con otras categorías secundarias (definición de droga, clasificación de las drogas, niveles de consumo, modo de entender al consumo de sustancias, concepto de adicción, denominación de quien consume sustancias, causas del consumo, consecuencias del consumo, modalidades de abordaje desde la prevención y la asistencia, contexto histórico de surgimiento y ejes sobre los cuales se apoya) y, por último, el momento de codificación selectiva. Una vez generado el esquema, se regresó a las unidades o segmentos y se compararon con un esquema emergente para fundamentarlo. Allí surgieron hipótesis o propuestas teóricas que dieron sentido a la producción mediante análisis, mapas y prácticas, utilizándose etiquetas o categorías constituidas por pasajes, frases o palabras exactas.

Fue importante, por tanto, la producción de matrices de análisis comparativo, ya que para elaborar teoría fue fundamental que se descubrieran, construyeran y relacionaran las categorías encontradas. Éstas constituyeron el elemento conceptual de la teoría y mostraron las relaciones entre ellas y los datos.

El proceso de análisis, por su parte, implicó una puesta en marcha de procesos de comprensión, síntesis, teorización y recontextualización. Es decir, exigió un conocimiento metodológico profundo para que, partiendo del mismo, la autora del trabajo final pudiera trabajar su sensibilidad teórica y su creatividad desde la reflexividad y el rigor.

Respecto de la dimensión temporo-espacial, se realizó un ensayo de corte transversal sincrónico, ya que el estudio se desarrolló en un periodo de tiempo determinado comprendido entre los años 2017 y 2018 en la localidad de Villa María.

Vale destacar que las unidades de análisis fueron los siguientes corpus teóricos: “Consumo de sustancias: de la punición a la salud pública” del autor Barrenengoa (2014); “Elementos básicos para el Trabajo Social en salud mental” de los autores Becerra y Kennel (2008); “Manual de trastornos adictivos” propuesto por los autores Bobes, Casas y Gutiérrez (2011) ; “Drogas y Derechos humanos” por los autores Carakushansky y Viale (2015) ; “Drogadicción y sociedad” del autor Carballeda (2008); “Drogas y Control Social” del autor Gómez (2007); “Introducción al campo de las drogodependencias” por los autores Gómez y Serena (2015) ; “Entre el Consumo de Drogas y la Drogadicción” producido por el autor Moreno (2015); “DSM 5 – Trastornos por consumo de sustancias. ¿Son problemáticos los nuevos cambios en el ámbito forense?” por el autor Portero (2015); “Consumo problemático de drogas, bases para una clínica ambulatoria de inclusión sociosanitaria” del autor Trimboli (2017). De Touzé se encuentran los siguientes libros: “Saberes y prácticas sobre drogas. El caso de la pasta base de cocaína” (2006); “Visiones y actores del debate” (2008); “Prevención del consumo problemático de drogas, un enfoque educativo” (2010); “El Derecho a la salud y a la integridad de los usuarios de sustancias psicoactivas” (2016) y “El laberinto del fauno” junto con los autores Damín, Pawlowicz y Goltzman (2015).

Los contenidos de cada bibliografía se fueron codificando y reflexionando analíticamente durante el proceso de investigación.

En concordancia a lo dicho anteriormente, se explicitaron criterios de organización de la tarea:

1. Buscar y recolectar datos e información: Fuentes bibliográficas: libros, manuales y revistas.
2. Identificar la bibliografía a utilizar.
3. Evaluar su utilidad en relación al objetivo teniendo en cuenta el contenido: título, resumen, índice.
4. Seleccionar la bibliografía.
5. Realizar una lectura del material identificando ideas principales y secundarias. De modo paralelo hacer anotaciones al margen.
6. Elaborar fichas de resúmenes de cada texto, en donde se explicitó el tipo de ficha, la categoría de análisis que será el título de la ficha, datos bibliográficos, referencias a otras fichas, número de página y contenido que será textual.
7. Establecer cuadros comparativos, separando y clasificando los datos según las categorías de análisis y considerando las semejanzas y diferencias de cada punto de vista en relación a ellas.
8. Elaborar síntesis de la información para la redacción del ensayo, para ello se realizó fichaje de síntesis con la misma estructura que el fichaje de resumen.
9. Realizar fichaje personal que coincida con el fichaje de síntesis, en donde la autora incorporó sus propios argumentos.
10. Redactar los párrafos del ensayo, realizando la unión entre fichaje de síntesis y fichaje personal.
11. Formular la conclusión del ensayo.

5. CUERPO DEL ANÁLISIS

A continuación, se presenta un análisis conceptual organizado que se enmarcó en una matriz metodológica construida ad hoc. Se diseñó un cuadro con la finalidad de dar cuenta de aspectos similares y comparables, según las variables definidas por cada teoría analizada, dando cuenta de que la problemática del consumo de sustancias es polémica y digna de ser debatida desde argumentos científicos. A su vez, se consideraron los aportes significativos de cada modelo teórico.

La modalidad de cuadro, se pensó como una herramienta ideal que facilita examinar la diversidad de datos de un modo organizado y visual, ofreciendo un panorama general de la problemática en cuestión.

Luego y durante su lectura, el lector podrá inmiscuirse en el debate, generando nuevos interrogantes, repreguntándose y, por qué no, cuestionándose o tomando decisiones para la práctica profesional.

Variables	Aspectos similares: Modelo médico-sanitario Modelo psico-social Modelo socio-cultural	Aspectos comparables: Modelo médico-sanitario Modelo psico-social Modelo socio-cultural	Aspectos que algunos modelos tienen en cuenta y otros no consideran
Definición de droga	<p>El Modelo médico-sanitario como el psico-social consideran que la droga es toda sustancia que genera alternaciones en el Sistema Nervioso Central.</p> <p>El modelo médico-sanitario incluye al modelo psico-social, al sostener que las drogas producen alternaciones físicas como psíquicas.</p> <p>El modelo psico-social considera al socio-cultural al decir que las drogas son psico-neuro-bio-socio-tóxicas, como así también no niega el modelo médico-sanitario.</p> <p>Lo mismo ocurre con el modelo socio-cultural, al afirmar que el consumo es problemático cuando afecta una o más áreas vitales: física, mental y de relaciones sociales.</p>	<p>El modelo médico-sanitario afirma que la droga es una sustancia.</p> <p>El modelo psico-social, sostiene que la droga en sí no existe, es el sujeto quien convierte ciertas sustancias en drogas.</p> <p>El modelo socio-cultural asevera que droga es todo aquello que la cultura define como tal.</p>	<p>Los modelos psico-social y socio-cultural tienen en cuenta el contexto a la hora de definir qué es droga.</p>
Clasificación de las drogas	<p>El modelo médico-sanitario y el modelo psico-social, coinciden en clasificar a las drogas según los efectos que causan en el sistema nervioso central.</p>	<p>El modelo socio-cultural difiere del modelo médico-sanitario y del modelo psico-social, al clasificar a las drogas desde un punto de vista sociológico en institucionalizadas y no institucionalizadas, y desde un punto de vista cultural distinguiendo aquellas aceptadas culturalmente de las no aceptadas.</p>	<p>El modelo médico-sanitario considera el origen de las sustancias como modo de clasificación, es decir naturales, semisintéticas o sintéticas.</p>
Niveles de consumo	<p>El modelo médico-sanitario como el psico-social, piensan como niveles de consumo el hábito, abuso y dependencia.</p>	<p>El modelo socio-cultural, difiere de los modelos médico-sanitario y psico-social, al considerar que el uso como el abuso son construidos socialmente, en donde la aprobación de la cultura tiene un rol fundamental.</p> <p>Sin embargo afirma que no solamente depende de la cantidad y frecuencia, sino de la motivación y</p>	<p>El modelo médico-sanitario agrega el uso de sustancias, no lo hace así el modelo psico-social.</p> <p>El modelo psico-social, amplía el concepto de dependencia en física (considerando la tolerancia como el síndrome de abstinencia) y psíquica,</p>

		contexto. Es decir que no excluye lo que afirman ambos modelos.	como así también incluye la intoxicación.
Modo de entender al consumo de sustancias	Los tres modelos reconocen el aspecto social como factor involucrado a la hora de entender el consumo de sustancias. El modelo médico-sanitario dentro de sus criterios diagnósticos reconoce el deterioro social, el modelo psico-social incluye el contexto y en el modelo socio-cultural asume total protagonismo.	El modelo médico-sanitario, lo considera una enfermedad o un trastorno. Para ello existen criterios diagnósticos: control deficitario, deterioro social, consumo de riesgo y farmacológico. El modelo psico-social, afirma que el consumo de drogas significa una relación subjetiva entre la persona, la droga y su contexto. El modelo socio-cultural, afirma que el consumo de sustancias es un hecho social y que está presente por una necesidad de etiquetas y diagnósticos.	
Concepto de adicción	El modelo médico-sanitario incluye en su definición aspectos psicológicos, ya que afirma que tiene efectos en los comportamientos. Por lo que tienen un punto en común con el modelo psico-social. El modelo psico-social incluye el modelo socio-cultural al hablar de contexto. El modelo socio-cultural, no deja de considerar el modelo médico-sanitario y psico-cultural, debido a que afirma que el consumo de sustancias tiene implicancias múltiples.	El modelo médico-sanitario considera que la adicción es una enfermedad del cerebro, que implica un estado de intoxicación periódica o crónica, con diferentes manifestaciones entre ellas comportamentales. Utiliza como sinónimo el termino drogodependencia. El modelo psico-social, afirma que la adicción no existe biológicamente, sino que se materializa en la experiencia intersubjetiva, en la relación entre una persona, un objeto y un contexto. Prefiere mencionar a las adicciones como conductas adictivas, considerando a su vez que existe un consumo que no es problemático. El modelo socio-cultural afirma que las adicciones son un hecho social, un fenómeno social con implicancias múltiples (físicas, psicológicas, culturales, económicas, sociales). Utiliza el término de consumo problemático y no el de adicciones.	
Denominación de quien consume sustancias		El modelo médico – sanitario considera que quien consume es un adicto, un drogodependiente o bien un enfermo crónico. El modelo psico-social, afirma que es una persona con un desequilibrio emocional. No todas las personas que	

		<p>consumen drogas son adictos y tienen capacidad de tomar decisiones en relación a lo que les pasa.</p> <p>El modelo socio-cultural, considera que la persona que consume sustancias es síntoma del sistema social disfuncional, como víctima de las presiones sociales.</p>	
Causas del consumo	<p>El modelo psico-social plantea que el consumo de sustancias es multicausal, en donde interviene el consumo de drogas, los factores de riesgo desde el orden socio-estructural, biológico y psicológico; y contexto o ambiente social.</p> <p>El modelo socio-cultural, coincide con el psico-social al considerar que es un problema complejo, donde necesariamente se debe tener en cuenta tres ámbitos concurrentes: contexto, persona y sustancia y donde intervienen múltiples factores: culturales, económicos, políticos, biológicos, psicológicos.</p>	<p>El modelo médico-sanitario afirma que es la sustancia quien provoca alternaciones físicas y psíquicas.</p> <p>Estableciendo una explicación lineal de causa-efecto.</p>	<p>El modelo socio-cultural, hace hincapié en los sistemas ideológicos y creencias como condicionantes, siendo parte de las causas del consumo problemático.</p> <p>Para ello, afirma que es necesario tener en cuenta las siguientes categorías: mitos, ideología, representaciones, conciencia pública, desviación social, usos sociales, costumbres, prejuicio, estereotipos, estigma, percepción social, control social e influencia de los medios masivos de comunicación.</p>
Consecuencias del consumo	<p>El modelo médico-sanitario como psico-social, reconocen alteraciones psicológicas ya que actúan sobre el Sistema Nervioso Central.</p> <p>El modelo socio-cultural considera las consecuencias físicas, psicológicas y sociales. Es decir que contempla a los otros dos modelos.</p>	<p>El modelo médico-sanitario hace hincapié en los efectos físicos que produce el consumo de sustancias.</p>	<p>El modelo socio-cultural aporta que el consumo de sustancias afecta a la comunidad en general, por su alcance individual como social. A su vez, agrega que no se trata solo de consecuencias en cuanto a la salud, sino también al bienestar y desarrollo comunitario.</p>
Modalidades de abordaje: prevención y asistencia	<p>A nivel asistencial:</p> <p>Los dispositivos asistenciales son comunes a todos los modelos teóricos analizados, ya que son las modalidades existentes utilizadas desde las diferentes perspectivas.</p>	<p>A nivel asistencial:</p> <p>El modelo médico-sanitario plantea la rehabilitación como modo de curar o tratar la enfermedad crónica. Adhiere desde su postura a las comunidades terapéuticas como modalidad, que permiten un tratamiento en una residencia, donde la persona se mantiene alejado por un tiempo de los factores de</p>	<p>A nivel asistencial:</p> <p>El modelo psico-social plantea principios de todo tratamiento de rehabilitación, que luego pueden asumir diferentes características de acuerdo al dispositivo y al equipo de profesionales tratante. Además da a conocer</p>

	<p>El modelo médico-sanitario como el modelo socio-cultural, realizan una distinción entre dos enfoques antagónicos: abstencionismo y reducción de daños que directa o indirectamente se encuentran presentes en las modalidades de tratamiento.</p> <p>A nivel prevención: Los tres modelos teóricos afirman que hay que prevenir teniendo en cuenta los factores de riesgo como así también los factores de protección. El modelo médico-sanitario y socio-cultural, distinguen entre prevención primaria, secundaria y terciaria.</p>	<p>riesgo que podrían existir, abordando la conciencia de enfermedad. El modelo psico-social plantea la rehabilitación como proceso, priorizando las instancias breves de tratamiento que permitan abordar la relación que se establece entre sujeto y droga, y cómo el contexto influye en esa relación. El modelo socio-cultural, plantea el proceso de tratamiento como una instancia en donde se aborde la reinserción social desde un principio del tratamiento, haciendo hincapié en su contexto abordando el sistema ideológico y de creencias.</p> <p>A nivel prevención: El modelo médico-sanitario plantea la prevención para abordar los efectos que producen las sustancias. El modelo psico-social hace hincapié en abordar las motivaciones y lo que sienten como positivo, sin necesidad de mencionar el consumo de sustancias, teniendo en cuenta la multicausalidad de la problemática. En donde lo importante, según afirma, es construir con otros una prevención del ver y el sentir. El modelo socio-cultural, afirma que para llevar a cabo un nivel de abordaje preventivo hay que realizar una lectura del contexto con todos sus elementos, apuntando a los mecanismos de desnaturalización desde una perspectiva histórica. La situación de consumo esta vista como una oportunidad, como una puerta de entrada para abordar otros aspectos que no se encuentran visibles.</p>	<p>diferentes perspectivas teóricas en el abordaje del consumo problemático como el psicoanálisis, corriente cognitivo-conductual y terapias contextuales en donde existe una vinculación con el modelo socio-cultural. El modelo socio-cultural aporta y considera la relevancia del rol del Trabajador Social en el abordaje del consumo de sustancias formando parte de un equipo interdisciplinario.</p> <p>A nivel prevención: El modelo médico-sanitario aporta los modelos teóricos de la prevención, que incluyen indirectamente a los modelos socio-cultural y psico-social. Además plantea la promoción de la salud distinguiéndola de los niveles de prevención.</p>
<p>Contexto histórico de surgimiento.</p>	<p>Los contextos históricos de surgimiento del modelo socio-cultural como del médico-sanitario, tienen correlatividad en cuanto a lo temporal. El lugar que ocupaba las</p>	<p>El modelo médico-sanitario considera como contexto histórico de surgimiento, los dispositivos asistenciales que fueron surgiendo a lo largo del tiempo: internaciones prolongadas y de encierro es decir el</p>	

	<p>sustancias en la sociedad, implicaban un modo de conceptualizar la temática y de generar dispositivos de intervención.</p>	<p>manicomio hoy considerado hospital monovalente, tratamiento psico-farmacológico, hospitales generales con equipos interdisciplinarios, consultorios externos y tratamientos ambulatorios.</p> <p>El modelo socio-cultural como contexto histórico de surgimiento, considera el lugar que el consumo de sustancias tuvo lugar en la sociedad desde la antigüedad hasta la modernidad, etapa en la cual se construyó el consumo como un problema.</p>	
<p>Ejes sobre los cuales se apoya cada teoría</p>		<p>El modelo médico sanitario considera a las adicciones como enfermedad, donde la sustancia es el centro del enfoque médico-sanitario. Las acciones que propone el modelo, tienden a trabajar sobre los efectos que las sustancias provocan. Mirada simplista del consumo, relación lineal entre causa-efecto.</p> <p>El modelo psico-social considera a la subjetividad de la persona, es decir la relación que mantiene la persona con una sustancia y su contexto. No todo consumo resulta problemático. La persona tiene un protagonismo en la problemática, como sujeto activo. Mirada dinámica y particularizada de la situación de consumo, reconociendo una complejidad.</p> <p>El modelo socio-cultural interroga acerca de la carga simbólica y del significado que las drogas tienen en cada cultura y en especial dentro de cada momento histórico, donde el sistema ideológico y las creencias generan poder. Considera que el problema de las drogas es producto de una construcción socio-histórica. Mirada desde la complejidad.</p>	

6. CONCLUSIONES

Toda introducción que se jacte de serlo debe comenzar justificando la temática a la que refiere y dar los motivos que la hacen valedera. Por esta razón es que se comenzará exponiendo que lo vertido en este apartado parte de la realidad de que las drogas han ocupado e invadido todos los estratos sociales sin hacer diferencias de edad, sexo, ocupaciones ni ideologías. Pero cabe un llamado de atención a lo anteriormente escrito, ¿las drogas han invadido? o ¿muchas de las fisuras de las condiciones humanas han sido rellenas con el consumo de las mismas?

En fin, sea cual sea la forma de distribuir y reubicar las causas y efectos de esta problemática, la realidad es que hoy en día uno de los males que más acorrala a la humanidad es la drogodependencia y una de las motivaciones que dispara la realización de esta investigación es, justamente, observar cómo se conceptualiza este fenómeno, puesto que no hay una manera efectiva de abordarlo si no es teniendo en claro, de antemano, ante qué hecho se está presente. No es menor considerar desde un principio que el posicionamiento teórico y paradigmático que se asuma ante un fenómeno va a determinar de manera directa la lectura diagnóstica y las acciones a instrumentar para operar sobre el mismo con la finalidad de producir un cambio.

Es importante considerar que medida que se fue desarrollando el ensayo académico, la autora identificó que el *modelo ético-jurídico* debe ser considerado transversal respecto al resto de las teorías, ya que resulta ser el marco legislativo que, de alguna manera las contiene, atraviesa, condiciona o determina, evidenciándose en el ejercicio profesional .

A continuación se comienza a dar cuenta de las aproximaciones finales:

6.1. Relación que se establece entre los puntos de vista ético-jurídico, médico-sanitario, psico-social y socio-cultural.

6.1.1. *Diferencias entre definiciones y significados de la droga*

Desde el punto de vista legal, a las sustancias psicoactivas se las denomina *estupefacientes*. Consideradas perjudiciales para el sujeto y en especial para la sociedad. La droga, entonces, se entiende como un agente activo. Cuando refiere a que son capaces de alterar el comportamiento de los individuos, coincide con la definición realizada por el modelo médico- sanitario como con la del psico-social, los cuales afirman que se entiende por droga a toda sustancia capaz de actuar sobre el sistema nervioso central provocando una alteración física y/o psicológica.

Sin embargo, el modelo psico-social difiere al sostener que la droga de por sí no existe, ya que es la persona quien convierte a ciertas sustancias en drogas, al establecer con ellas un tipo de relación y ciertos patrones de uso. Es aquí en donde entra en vinculación la concepción del modelo socio-cultural, que afirma que el problema de las drogas no es de la sustancia en sí sino de los hombres, como fenómeno plural en cuanto a tiempo y lugares. De esta manera, se puede decir que el contexto comienza a tomar un lugar preponderante, tanto a nivel social como personal, ya que atribuye significados y significantes a las drogas.

A su vez, desde una mirada socio-cultural, se puede afirmar que las drogas se presentan como un objeto más de consumo que el mercado lanza y promociona, naturalizando su uso y disminuyendo la percepción de riesgo, es decir, las drogas son vistas como medio capaz para alcanzar las exigencias y los imperativos que la sociedad capitalista impone.

6.1.2. Tipos de drogas, según origen, efecto, legalidad y cultura

Las drogas se clasifican según su origen en naturales, sintéticas y semisintéticas desde una visión médico-sanitaria; y según el efecto que producen sobre el Sistema Nervioso Central se dividen en tranquilizantes, alucinógenas, hipnóticas, depresoras, estimulantes o perturbadoras. Si bien el modo de mencionarlas deja claro su efecto a nivel físico o biológico, el modelo psico-social agrega a dicha clasificación consecuencias en aspectos vinculados a la personalidad, como así también conductuales.

El modelo socio-cultural viene a agregar otra mirada, al sostener que la problemática afecta gravemente a la comunidad en su conjunto, no solo respecto a lo atinente a la salud sino también al bienestar y al adecuado desarrollo comunitario. Es así que desde una visión contextual y macro, clasifica a las drogas en institucionalizadas (legales) y no institucionalizadas (ilegales); o bien, desde una perspectiva cultural, en aquellas drogas aceptadas y no aceptadas culturalmente. Existe una coincidencia directa con el modelo ético-jurídico, el que las clasifica en sustancias ilegales (incluyen aquellas cuya fabricación, uso, posesión y comercio están absolutamente prohibidos), sustancias de utilización médica (aquellas sustancias cuya producción, venta y uso están sujetos al control del Estado y son utilizadas con fines médicos), sustancias legales, pero bajo alguna forma de control (alcohol y el tabaco) y sustancias sin ningún tipo de control (café, té).

6.1.3. Partes de un mismo problema: uso, hábito, abuso y dependencia

Existe una distinción de niveles de consumo utilizada con distintas finalidades por los modelos en debate. Desde una visión médica-sanitaria, resultan necesarios de identificar para poder generar un diagnóstico de la enfermedad; desde un punto de vista psico-social permite ver la relación que la persona establece con la sustancia; y desde una visión socio-cultural, en donde se afirma que los

niveles de consumo son fenómenos socialmente contruidos y definidos por una cultura determinada en un momento histórico determinado, se los considera para poder analizar las motivaciones y el contexto de consumo. Vale destacar que también reconoce que la cantidad y frecuencia del consumo contribuye a la delimitación de los niveles de consumo, pero que no resulta suficiente.

Sin embargo, las diferentes visiones reconocen los siguientes niveles de consumo: uso, hábito, abuso y dependencia. El *uso* refiere a la utilización de una o más sustancias, por lo que se estaría en presencia de un policonsumo, de manera aislada, episódica y ocasional, a pesar de las consecuencias negativas que acarrea para el individuo. El *hábito* se puede definir como la costumbre de consumir una sustancia por la adaptación a sus efectos. El *abuso* es un uso inadecuado por su cuantía, frecuencia o finalidad. La *dependencia* es el estado fisiológico de neuroadaptación producido por la administración repetida de una sustancia; puede ser física, en donde los dos aspectos principales son la tolerancia y el síndrome de abstinencia (que puede clasificarse en agudo, tardío o prolongado y condicionado); o bien, psíquica o psicológica. La intoxicación es vista por el modelo médico-sanitario como consecuencia de la dependencia mientras que el modelo psico-social lo considera como otro nivel de consumo.

6.1.4. *Para cada modelo teórico
un modo diferente de
entender al consumo de
sustancias, sin negar el
factor contexto*

El modelo médico-sanitario considera al consumo de sustancias como una enfermedad o trastorno, teniendo en cuenta criterios diagnósticos como el control deficitario, deterioro social, consumo de riesgo y farmacológico. El DSM V menciona al consumo de sustancias como trastorno relacionado con sustancias o trastorno adictivos. Al hablar de *trastorno* se determinan diagnósticos según sea leve, moderado y grave; ya no se habla de uso, abuso o dependencia como categorías estáticas.

Por su parte, el modelo psico-social afirma que el consumo de drogas significa una relación subjetiva entre la persona, la droga y su contexto; lo que permite afirmar que no siempre el uso y hasta el abuso de sustancias van a devenir en una adicción, aunque constituyan un importantísimo factor de riesgo. Mientras que el modelo socio-cultural afirma que el consumo de sustancias es un hecho social, construido históricamente y que está presente por una necesidad de etiquetas y diagnósticos. Las drogas serán más o menos importantes según las características del sistema y el complejo tutelar para abordar el problema.

A pesar de las diferencias en el modo de concebir al consumo de sustancias, los tres modelos presentan una similitud que es reconocer el aspecto social como factor involucrado a la hora de entender el consumo de sustancias. Vale destacar que el modelo ético-jurídico menciona al consumo de sustancias como un problema de seguridad social, siendo esto algo necesario de prohibir por la desviación social y por su vinculación con la delincuencia.

6.1.5. *Adicción un concepto con múltiples acepciones*

El modelo médico-sanitario considera que la adicción es una enfermedad del cerebro que se puede tratar y que implica un estado de intoxicación periódica o crónica, con diferentes manifestaciones. Utiliza como sinónimo el término *drogodependencia*.

Sin embargo, el modelo psico-social afirma que la adicción no existe biológicamente, sino que se materializa en la experiencia intersubjetiva, en la relación entre una persona y un objeto, que genera un cúmulo de tensión en la persona, la cual es aliviada con la obtención de dicho objeto y un determinado contexto cultural y familiar. Prefiere mencionar a las adicciones como *conductas adictivas*, considerando a su vez que existe un consumo que no es problemático, es decir, el consumo de uso experimental o esporádico. Afirma que la drogodependencia se produce cuando en la relación de un individuo con la sustancia se cumple la mayoría de los síntomas, como tolerancia, abstinencia, compulsión y deseo intenso a consumir una sustancia y la persistencia en el consumo a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales bio-psico-sociales.

Por su parte, el modelo socio-cultural asevera que las adicciones son un hecho social, un fenómeno social con implicancias múltiples (físicas, psicológicas, culturales, económicas, sociales), en donde la significación se encuentra en la cultura. Utiliza el término de *consumo problemático* y no el de *adicciones*, en la medida en que se trata de determinar la compleja trama de determinación a partir de la cual alguien consume. Mientras que el modelo ético-jurídico establece que las adicciones son consideradas un delito, constituyéndose en peligrosas, aunque la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.667 plantea que las adicciones son un problema de salud mental. Es aquí en donde se evidencia una relación con el posicionamiento médico-sanitario.

Entonces, se puede destacar que el modelo médico-sanitario incluye en su definición aspectos psicológicos, no así aspectos sociales. Sin embargo, el modelo socio-cultural resulta inclusivo en su definición al hablar de implicancias múltiples, y el modelo psico-social reconoce la importancia del contexto. Los dos últimos modelos asumen la complejidad y, por tanto, no entienden el fenómeno basado en una relación lineal de causa-efecto, como también se evidencia en el modelo ético-jurídico el que establece una relación lineal entre delincuencia-enfermedad u adicción.

6.1.6. *El modo de mencionar a quién consume resulta ser polémico entre los modelos*

En cuanto a la denominación de quien consume sustancias, no se evidencia una relación entre los modelos ético-jurídico, médico-sanitario, psico-social y socio-cultural, ya que el primero considera que quien consume es un adicto, un drogodependiente, o bien, un enfermo crónico.

Mientras que el modelo psico-social menciona a quien consume como sujeto o usuario, abordando las causas de las consecuencias que es el consumo. Reconoce que no todos los que consumen drogas se convierten en usuarios regulares o irregulares y, de estos, solo algunos se vuelven usuarios compulsivos. Además afirma que la persona, al no poder encontrar el necesario equilibrio en su vida emocional por medios sociales y afectivos, lo busca en elementos egoístas y artificiales, como lo son las drogas. Un aporte significativo es que la persona decide usar o no drogas de acuerdo y dependiendo de sus valores, motivaciones, intereses y habilidades para tomar decisiones; no es un sujeto pasivo. La drogodependencia, por tanto, no está definida por la dependencia física, sino por el comportamiento de búsqueda de droga. Tiende a identificarse al consumidor de sustancias como adicto y, sin embargo, hay diferentes tipos de vínculos de las personas con las sustancias sin ser todos ellos considerados adicciones, ni necesariamente consumos problemáticos.

Por su parte, el modelo socio-cultural considera que la persona que consume sustancias es síntoma del sistema social disfuncional, víctima que ceden ante las presiones de sus iguales y ante los problemas de su contexto. La cultura los identifica como peligrosos para sí y para otros, violentos, con una personalidad autodestructiva y actitud despreocupada respecto de su salud.

Por último, el modelo ético-jurídico equipara a quien consume con el traficante (delinquentes); a pesar de que la Ley de Salud Mental los menciona como sujetos de derechos superando la idea de paciente/beneficiario, objeto de asistencia.

6.1.7. Entre la causa-efecto y la multicausalidad

En relación a las causas del consumo existen dos posicionamientos distintos. Por un lado, entender al consumo desde la multicausalidad así comprendido por los modelos psico-social y socio-cultural; y, por otro lado, desde una explicación lineal de causa-efecto, como plantea el modelo médico-sanitario, siendo la droga la causa de los daños en la salud y de diferentes alteraciones, es decir, reduce el problema a los efectos. El modelo ético-jurídico, por su parte, afirma que la droga es la causa del malestar social, la inseguridad y la delincuencia.

El modelo psico-social plantea que la existencia de la droga no es la causa de su consumo problemático. En la producción del fenómeno existe una relación de multicausalidad entre el consumo de drogas, factores de riesgo de la persona y de su ambiente social. Del mismo modo lo plantea el modelo socio-cultural, al afirmar que no existe causa única, sino que son tres los ámbitos concurrentes necesarios y obligatorios para que se desarrolle un consumo problemático: contexto social, una persona y una o más sustancias. Como existen factores de riesgo para ambos modelos también existen factores protectores, es decir, atributos o características individuales, situacionales o de contexto ambiental que tienden a incrementar o disminuyen el uso y/o abuso de drogas.

En relación a ambos factores, el modelo psico-social resulta ser abarcativo en sus definiciones y contemplativo del resto de los modelos, ya que incluye factores del orden biológico, psicológico y

social. Es aquí donde se complementa con el modelo socio-cultural: cuando refiere a factores biológicos; considera a la predisposición biológica; distingue la percepción del riesgo, el efecto reforzante de las drogas, los factores cognitivos, las características psicológicas, la interacción con otras conductas problema, el estado emocional y las habilidades de afrontamiento y la escala en el consumo de drogas, en relación con los factores psicológicos. En cuanto al orden socio-cultural, el modelo psico-social reconoce la sociabilización, en la que juega un rol importante la familia, las características demográficas, la publicidad, aceptación social, presión social y conformidad; los iguales y los amigos, la escuela y el ambiente escolar, la diversión y la vida recreativa y la disponibilidad y el precio. Estos aspectos son también considerados por el modelo socio-cultural cuando define a los factores como sociales, culturales, políticos, morales, religiosos y económicos.

Como aporte significativo, le modelo psico-social profundiza en los sistemas ideológicos y creencias que permiten diferenciar y analizar los mitos, la ideología, las representaciones sociales, la conciencia pública; términos como desviación social, usos sociales, costumbres, prejuicios, estereotipos, estigma, percepción social, control social y medios masivos de comunicación. Se puede decir, entonces, que procura una visión desde lo micro-social a lo macro-social.

Lo que resulta revelador del modelo psico-social es el considerar que tanto los factores de riesgo como los de protección tienen múltiples dimensiones medibles y cada uno de ellos influye de forma independiente y global en el abuso de drogas. Estas pueden formar parte o no de un caso concreto, lo que no garantiza que por su presencia vaya a producirse un abuso de drogas y, por el contrario, que por su ausencia el abuso no se produzca.

6.1.8. Consecuencias desde la simplicidad o desde la complejidad

Tanto el modelo médico-sanitario como el psico-social coinciden en que el consumo de sustancias provoca alteraciones físicas y/o psicológicas, actuando sobre el sistema nervioso central. Existen alteraciones a nivel de la conciencia, de las funciones psíquicas básicas y del comportamiento. Sin embargo, se halla una preponderancia de los efectos físicos en el modelo médico-sanitario. Mientras que el modelo socio-cultural contempla a ambos modelos en su definición afirmando que el consumo afecta a la comunidad en general, por su alcance individual y social, considerando las consecuencias físicas, psicológicas y sociales.

6.1.9. Discrepancias en las modalidades de abordaje, coincidencias en dispositivos asistenciales y preventivos

6.1.9.1. Diferentes lentes de una misma modalidad de abordaje: asistencial

El modelo ético-jurídico, como categoría transversal, plantea una modalidad de abordaje mediante las leyes. Sin embargo, a partir de la década del '80, a la respuesta penal existente se le agrega la respuesta médica de tratamiento y reeducación. Por otro lado, las medidas de seguridad están orientadas exclusivamente a finalidades preventivas, cuyo presupuesto es la peligrosidad del autor del delito. Vale destacar que es una medida general terapéutica que se aplica como consecuencia de la peligrosidad anterior o pos delictual.

A su vez, existe una diferencia clara entre los modelos a la hora de conceptualizar qué se entiende por *rehabilitación*. El modelo médico-sanitario plantea a la rehabilitación como modo de curar o tratar la enfermedad crónica, adhiriendo a las comunidades terapéuticas como modalidad. Estas permiten la residencia de la persona, la que se mantiene alejada por un tiempo de los factores de riesgo que podrían existir, al tiempo que se aborda la conciencia de la enfermedad. Por su lado, el modelo psico-social reconoce a la rehabilitación como proceso, priorizando instancias breves de tratamiento que permitan abordar la relación que se establece entre sujeto y droga, y cómo el contexto influye en esa relación. Mientras que el modelo socio-cultural plantea el proceso de tratamiento como una instancia en donde se aborde la reinserción social desde el principio, haciendo hincapié en su contexto, abordando el sistema ideológico y de creencias.

Como aportes, el modelo psico-social plantea *principios* de todo tratamiento, que luego pueden asumir diferentes características de acuerdo al dispositivo y al equipo de profesionales tratante. Estos principios resultan interesantes porque reconocen que no hay tratamiento único apropiado, que el mismo debe estar disponible, capaz de atender las múltiples necesidades de la persona y, a su vez, debe poder ser evaluado y modificado. El periodo, por su parte, debe ser adecuado, que presente tanto terapias individuales como grupales. Además, debe abordarse la comorbilidad de modo integral; la desintoxicación es solo el primer estadio del tratamiento. Entre otros aportes, se pueden destacar los siguientes: no necesita ser voluntario para ser efectivo, las recaídas forman parte del proceso, el tratamiento tiene episodios, es necesario abordar la motivación y debe ser entendido como proceso. También da a conocer diferentes perspectivas teóricas, como el psicoanálisis, corrientes cognitivo-conductual y terapias contextuales, las que se vinculan con el modelo socio-cultural.

El psicoanálisis considera que existen muchos métodos que el sujeto emplea para evitar el displacer y que el consumo genera placer y goce. Debido a esto, la persona debe protegerse del mundo externo alejándose de él. Esta teoría plantea que es fundamental trabajar sobre el goce y sobre la pulsión de muerte propia del consumismo. Por otra parte, la terapia cognitiva considera que la droga genera placer y/o alivio del malestar, pero, a diferencia de la postura anterior, interviene sobre las reacciones emocionales excesivas y las conductas contraproducentes mediante las modificaciones del pensamiento y creencias que subyacen dichas reacciones. Por último, el modelo basado en la evidencia

tiene en cuenta que el consumo es una conducta adictiva, en la que infiere la vulnerabilidad individual, el contexto y las consecuencias. Considera que tiene un carácter dimensional que está multifactorialmente determinado. Por lo tanto, el uso de drogas se mantendrá mientras las ganancias por su consumo sean superiores a las pérdidas producidas por su precio más los costes de oportunidad.

Por su lado, el modelo socio-cultural aporta y considera la relevancia del rol del Trabajador Social en el abordaje del consumo de sustancias formando parte de un equipo interdisciplinario. En esa instancia le son propias funciones como llevar a cabo entrevistas de admisión tanto a la persona como a la familia o quien acompañe, tratamiento familiar, seguimiento de casos, proyección a la comunidad inmediata y mediata, orientación y/o derivación a otras instituciones, investigaciones, capacitar a los pacientes para que puedan desenvolverse en el área laboral y social y amparar legalmente a la persona.

También, un aporte significativo es la distinción entre dos enfoques antagónicos: *abstencionismo* y *reducción* de daños que directa o indirectamente se encuentran presentes en las modalidades de tratamiento, siendo aportes de los modelos médico-sanitario y socio-cultural. Sin embargo, plantean dicha diferenciación desde posicionamientos distintos. Por un lado, el modelo médico-sanitario afirma que apunta a reducir los efectos adversos del consumo, minimizando las consecuencias negativas, reduciendo la morbimortalidad, previniendo enfermedades infectocontagiosas. El modelo socio-cultural, en cambio, analiza el contexto actual considerando que las condiciones en que los sujetos consumen los exponen a mayores daños de los que producen las mismas drogas: condiciones de ilegalidad, marginación, desinformación, falta de accesos a circuitos sanitarios. Es decir que el modelo socio-cultural amplía la perspectiva de reducción de daños. Cabe destacar que ambos modelos acuerdan en que el enfoque de reducción de daños busca garantizar el acceso de todos a la información y prevención, facilitando el contacto con el sistema de salud.

En cuanto a la postura abstencionista, el modelo médico-sanitario afirma que apunta a suprimir el consumo como requisito necesario para iniciar un tratamiento en donde las recaídas no formarían parte del proceso. El modelo socio-cultural considera que en el contexto actual hay un discurso hegemónico sostenido por el modelo abstencionista, quienes consideran al objeto de la adicción en tanto causa, se busca regular y normalizar el consumo.

6.1.9.1.1. Coincidencias en la diversidad existente de dispositivos asistenciales

Son comunes a todos los modelos teóricos analizados, ya que son las modalidades existentes utilizadas desde diferentes perspectivas. Se trata de los siguientes dispositivos: desintoxicación, grupos de autoayuda, comunidades terapéuticas, tratamiento residencial, de sustitución farmacológica, consultorio externo, ambulatorio, hospital de noche, hospital de día y hospital de día de inclusión socio-sanitaria. Todos ellos presentan similitudes como diferencias en cuanto al contexto histórico de

surgimiento, respecto a cómo considerar a la persona que consume, el plan de tratamiento que propone, el nivel de abordaje y el lugar en donde se desarrolla el tratamiento.

6.1.9.1.2. Para cada dispositivo,
un fundamento contextual
e histórico

El tratamiento de desintoxicación se inicia en el periodo entre las dos Guerras Mundiales. En ese momento comienzan a implementarse los primeros tratamientos médicos para adictos a la heroína. Se trataba de terapéuticas médicas de desintoxicación, los pacientes ingresaban al hospital, habitualmente con síndrome de abstinencia. Entonces se los desintoxicaba, se los compensaba clínicamente y egresaban. Esos tratamientos fueron denominados *de puertas giratorias* porque lo único que hacían era desintoxicar a personas y darles el alta. De esta manera, al poco tiempo volvían a consumir y se las internaba nuevamente para continuar con este circuito.

Por otro lado, coexisten los grupos de autoayuda, de los que podemos destacar Alcohólicos Anónimos específicamente. Este grupo comienza a funcionar en 1935 cuando Bill W., un corredor de bolsa, y Bob S., un médico cirujano, ambos alcohólicos, se reúnen para fundar una agrupación de alcohólicos que diera la posibilidad de ayudar a personas con ese padecimiento.

Las Comunidades Terapéuticas devienen de dos corrientes muy particulares. La primera, orientada hacia la asistencia de diversos problemas de salud mental en general; la segunda, planteada específicamente para el tratamiento de adictos. Ambos tipos de comunidad terapéutica reproducen identidades diferentes, estructuras corporativas propias y se inscriben sobre tradiciones ideológicas alternativas. El concepto de comunidad terapéutica fue descrito por Main en 1946 al detallar la labor realizada en el Northfield Hospital, de Birmingham, Inglaterra, durante el final de la Segunda Guerra Mundial. En ese centro, un grupo de psicoanalistas y de terapeutas de grupo, que trabajaban con ex soldados que padecían estrés postraumático, desarrollaron un nuevo modelo de vida institucional para el tratamiento del padecimiento mental. Más tarde, la lógica de comunidad terapéutica fue puesta en funcionamiento en forma oficial y desarrollada en Inglaterra, en 1952, por Maxell Jones, miembro del equipo de Main. Es así que se destaca el modelo de Jones "Comunidad Democrática" que tiene su origen en el Reino Unido (1947), compuesta por profesionales con orientación en psiquiatría comunitaria y aprendizaje social, con una estructura horizontal democrática, en donde los ámbitos de intervenciones son los distintos trastornos mentales incluido el consumo de drogas. La duración del tratamiento tiende a reducir el tiempo de la internación, el eje terapéutico está basado en el logro de la madurez y la responsabilidad e intenta incluir el trabajo con familias.

Mientras que, de manera opuesta, como modelos norteamericanos, se encuentran Synanon y Daytop Village, presentando similitudes como diferencias. En relación a los puntos en común se pueden considerar su origen, es decir los Estados Unidos; con una composición no profesional en sus inicios y luego, mixta; con una orientación que busca modificar la conducta y el movimiento de autoayuda; con una estructura verticalista y muy jerarquizada, en donde el ámbito de intervención es sobre el consumo

de drogas; con un tiempo prolongado de duración de tratamiento, teniendo como eje terapéutico la abstinencia, o bien, el modelo libre de drogas; y no se desarrollan alternativas para el abordaje familiar.

Es importante referir que Synanon presenta ausencia de profesionales en el tratamiento y, además, el uso de la confrontación o la denominada terapéutica de ataque, con una firme posición de abstinencia; un fuerte culto al dominio de sí y autodeterminación, sistema autoritario y estricto; normativa rígida y directiva; inflexibilidad, aislamiento, programa abstencionista y penalización del consumo. El lugar de tratamiento es un espacio de contención cerrado, los adictos permanecían todo el tiempo en la residencia debiendo asumir que la sociedad no estaba preparada para aceptarlos ni darles inclusión o tratamiento. Debían obedecer ciegamente y no discutir en ningún momento a la autoridad. Mientras que el modelo Daytop Village es directo y pragmático, alienta la autorresponsabilidad, da herramientas para que el individuo tenga una vida plena y positiva con saludables redes de apoyo y un trabajo satisfactorio. Tiene como objetivos el cese de conductas de abuso de sustancias y el fomento del crecimiento personal, incluyendo a la familia. Cuenta con profesionales, o bien, realiza un trabajo mixto.

Por último, el hospital de día de inclusión socio-sanitaria surge a raíz de la necesidad de dar asistencia a usuarios de drogas que, por su estado, no estaban en condiciones de ser incorporadas a un tratamiento ambulatorio convencional y, al no existir alternativas, terminaban internados durante años en instituciones monovalentes, como las autodenominadas comunidades terapéuticas. Algunos, en el mejor de los casos, accedían a tratamientos de hospital de día en clínicas psiquiátricas o en ONGs con lógicas que no coinciden con los criterios profesionales y éticos aceptados por las diferentes orientaciones profesionales actuales. El dispositivo del hospital de día del Hospital Álvarez funciona dentro del Grupo de trabajo de adicciones.

6.1.9.1.3. Polémica a la hora de mencionar a quien consume: adicto, enfermo, sujeto o persona.

La modalidad de tratamiento de desintoxicación considera a la persona como un enfermo, al igual que Alcohólicos Anónimos, quienes afirman que el alcohólico lo es para siempre. Las comunidades terapéuticas, por su parte, utilizan el término *adicto*. Las comunidades religiosas tienen la misma concepción, afirmando que la enfermedad es tratada como una desviación moral y su recuperación es como un *retorno al rebaño*. Se suman a esta concepción los tratamientos de sustitución farmacológica.

Difieren de esta postura los tratamientos como consultorios externos, ambulatorios, hospital de noche, hospital de día y hospital de día de inclusión socio-sanitaria, quienes consideran a quienes consumen como sujetos o personas. Vale destacar que esto es variable, ya que un tratamiento

ambulatorio puede considerar a la persona como enferma porque depende de la concepción y perspectiva desde la cual se posiciona el equipo interdisciplinario y la institución en sí.

6.1.9.1.4. La variedad de planes de tratamiento, hacen a la riqueza de la intervención y a la existencia de opciones ante la demanda.

La desintoxicación propone una intervención breve, que supone una estabilización clínica, precursora del tratamiento porque está diseñada para tratar los efectos agudos fisiológicos del cese del uso de drogas. Por su parte, los grupos de autoayuda, constan de doce pasos para llegar a una sobriedad serena asumiendo la existencia de la dimensión espiritual y la creencia en un poder superior capaz de ayudar al individuo a resolver sus problemas. El apadrinamiento forma parte de su plan, aquí se transmite experiencia de un alcohólico a otro alcohólico, por lo que el padrino es un miembro veterano del grupo.

Las comunidades terapéuticas son libres de drogas, con un sistema cerrado y muy pautado, algunas disponen de profesionales y otras, no. Tienen como objetivo la rehabilitación del adicto y enseñar mecanismos de autorregulación y autosuficiencia. Utiliza el aislamiento del paciente de los familiares y allegados y la duración del tratamiento va desde el año y medio a los tres años. Por su parte, las comunidades religiosas son dirigidas por clérigos o pastores cuyo objetivo es llevar al adicto a la nueva alianza, no ya con la droga, sino con la religión como contra-droga. El trabajo y el amor son, para ellos, los mejores elementos que permiten ayudar a salir de la droga.

Los tratamientos de sustitución farmacológica tienen como objetivo lograr la disminución y eliminación de los síntomas de abstinencia y el deseo por el consumo de sustancias a través de la sustitución por un fármaco de la misma clase, de duración más prolongada y que permita una reducción paulatina de la misma. Ayuda a abandonar la búsqueda de la sustancia.

Por otra parte, el consultorio externo es un dispositivo profesionalizado que brinda la posibilidad de realizar consultas de tipo diagnósticas y de orientación, así como también tratamientos psicológicos o psiquiátricos. El tratamiento ambulatorio es un dispositivo al que los pacientes asisten al tratamiento con una frecuencia estipulada.

A su vez, el hospital de noche es una institución que brinda asistencia nocturna, el paciente mantiene actividades diurnas fuera de ese lugar, pero todas las noches regresa para pernoctar allí. Mientras que el hospital de día es una institución que ofrece tratamiento diurno de lunes a viernes (cuatro horas diarias, medio día o jornadas de seis a ocho h con almuerzo) a donde pacientes concurren diariamente. Es un tratamiento de mediana/alta complejidad. El hospital de día de inclusión socio-

sanitaria supone una internación parcial para pacientes usuarios de drogas, como alternativa a internación de tiempo completo, ofreciendo grupos terapéuticos ambulatorios con conductas adictivas.

Es así que se pueden observar diferencias en cuanto a la intensidad de tratamiento, lo que supone una escalada en cuanto al nivel de complejidad de la atención que se brinda. Si bien todos tienen el objetivo de que el consumo de sustancias no esté presente en la vida de la persona, algunos dispositivos como comunidades terapéuticas, religiosas, grupos de autoayuda, la desintoxicación y algunas instituciones con otras modalidades, plantean la abstinencia como requisito obligatorio para el tratamiento, en donde las internaciones y modalidades de encierro siguen propagándose. Mientras que los consultorios externos, tratamientos ambulatorios, hospitales de día, de noche, de inclusión socio-sanitaria plantean intervenciones que no requieren tanta prolongación en el tiempo, permiten el contacto con su contexto y aplican en la mayoría de las oportunidades la reducción del daño del consumo para después apostar a la abstinencia.

6.1.9.1.5. Abordar la
problemática desde la
individualidad o
considerando lo
contextual y vincular

La desintoxicación plantea un nivel de abordaje individual, al igual que el tratamiento de sustitución farmacológica. Por su parte, los grupos de autoayuda realizan tratamientos grupales que incluyen a la familia y a las amistades. Mientras que las comunidades terapéuticas incluyen tanto la terapia individual como grupal, haciendo parte también a los familiares y las amistades, como también los tratamientos ambulatorios, de hospital de día, de noche y de inclusión socio-sanitaria. Algo similar sucede con el consultorio externo, aunque aborda la problemática solo con las personas que asisten de modo individual o grupal.

6.1.9.1.6. El lugar en donde se
desarrollan los
tratamientos, encubren
los puntos de vista sobre
la problemática

La desintoxicación se desarrolla en las guardias de salud mental de los Hospitales Generales, o bien, en instituciones concretas que cuenten con el dispositivo, que pueden ser de carácter privado. Los grupos de autoayuda se desarrollan en un ámbito no residencial. En cambio, las comunidades terapéuticas son programas residenciales, hay públicas, semipúblicas, religiosas o privadas. Por su parte, los programas de sustitución farmacológica, como el de consultorio externo, suelen ser consultorios particulares o de carácter privado. Aunque el programa de sustitución farmacológica puede estar incluido en cualquiera de los demás dispositivos mencionados.

Por último, el tratamiento ambulatorio se desarrolla en instituciones concretas, ya sean públicas o privadas. Lo mismo sucede con el hospital de noche y el de día que funcionan fuera de la estructura de los hospitales generales, a excepción del hospital de día de inclusión socio-sanitaria, cuyo lugar es el Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Álvarez, de la ciudad de Buenos Aires.

6.1.9.2. La prevención como
modalidad necesaria, que
puede comprenderse y
aplicarse de múltiples
formas

Los tres modelos teóricos afirman que hay que prevenir teniendo en cuenta los factores de riesgo como así también los de protección. Tanto el modelo médico-sanitario como el socio-cultural distinguen entre prevención primaria, secundaria y terciaria. Sin embargo, utilizan el concepto de prevención desde diferentes ópticas.

El modelo médico-sanitario plantea la prevención para abordar los efectos que produce la sustancia; el modelo psico-social, en cambio, hace hincapié en abordar las motivaciones y lo que surge como positivo, sin necesidad de mencionar el consumo de sustancias, teniendo en cuenta la multicausalidad de la problemática. Por su parte, el modelo socio-cultural afirma que hay que realizar una lectura del contexto con todos sus elementos, apuntando a los mecanismos de desnaturalización desde una perspectiva histórica. La situación de consumo es vista como una oportunidad, como una puerta de entrada para abordar otros aspectos que no se encuentran visibles.

En relación a la prevención primaria, el modelo médico-sanitario sostiene que permite evitar la aparición de los trastornos por uso de sustancias, como así también que intenta impedir o retrasar el consumo de drogas. Distingue dentro de la prevención primaria diferentes criterios para definirla. Por un lado, según la oferta (dificultando el acceso a la droga) y según la demanda (modificando de múltiples formas la motivación de las personas). De acuerdo a nivel de riesgo de la población, refiere a universal, selectiva e indicada; y, según los contextos en donde se realiza, comunitaria, escolar y familiar. Mientras que el modelo socio-cultural plantea que es importante poner énfasis en la promoción y prevención primaria, apostando a que todo sujeto social pueda convertirse en actor social, lo que le permite transformar sus condiciones de existencia. Es decir, el sujeto puede asumir mayor protagonismo. Vale destacar que el término de promoción es distinguido del de prevención por el modelo médico-sanitario, afirmando de que trata de implicar a la población en su conjunto desde su mismo contexto, promoviendo conocimientos que le permitan a las personas manejar las condiciones que les llevarán a aumentar las posibilidades de vida más saludable. Es decir, el modelo médico-sanitario distingue prevención de promoción; mientras que el modelo socio-cultural afirma que no existe la prevención sin promoción.

En cuanto a la prevención secundaria, el modelo médico-sanitario afirma que son acciones dirigidas a procurar la detección y tratamiento precoz de la problemática, antes de que se manifieste la

necesidad de tratamiento. Desde el modelo socio-cultural, se plantea específicamente que para llevarla a cabo es necesaria la provisión de determinados aspectos básicos. Aquí el Trabajador Social tiene un rol fundamental, tanto a nivel físico, psico-social, específicamente con la familia, y aportes a nivel socio-cultural, considerando las influencias de las costumbres, valores de la cultura y estructura social.

Como prevención terciaria, el modelo médico-sanitario menciona a la reducción de daños, que actúa sobre personas que no pueden o no quieren dejar de consumir, reduciendo las consecuencias que trae aparejado el consumo a nivel salud, social y económico. Propone acercar a la persona a los dispositivos asistenciales y fomentar finalmente la abstinencia. El modelo socio-cultural considera que la prevención terciaria abarca la secundaria como la primaria, actuando mediante la rehabilitación, desde la detección precoz. También destaca el rol del Trabajador Social dentro de un equipo interdisciplinario, desde el abordaje familiar, apostando al mantenimiento de sus redes sociales. Se tienen en cuenta y se trabajan tanto los prejuicios del paciente como los de su familia y se trata de evitar el alejamiento de la comunidad.

Como aporte, el modelo médico-sanitario menciona que existen distintos modelos teóricos de la prevención, entre ellos, los modelos parciales, modelos teóricos de estado y evolutiva y modelos integrativos y comprensivos. Los modelos parciales atienden la relación entre los factores singulares y la conducta de consumo; los modelos teóricos de estado y evolutiva atienden la relación entre los factores que condicionan el consumo y el momento evolutivo del sujeto en riesgo; y los modelos integrativos y comprensivos dan cuenta de la relación existente entre el consumo y los tres grupos de factores de riesgo y protección: macro-sociales, micro-sociales e interindividuales.

6.1.10. Conocer el contexto

*histórico de surgimiento
facilita la comprensión,
estableciendo una
relación de correlatividad
entre modelos*

El modelo médico-sanitario en el abordaje del consumo de sustancias psicoactivas comienza a surgir con la intervención terapéutica de salud mental. Esta consistía en intervenciones prolongadas y de encierro, tradicionalmente llamados *manicomios*, actualmente *hospitales monovalentes*. Se hacía una distinción entre sujetos sanos y sujetos enfermos, y aparecen los psicofármacos como alternativas para mejorar la calidad de vida. Posteriormente, se introduce el trabajo interdisciplinario en los tratamientos, específicamente en hospitales generales, también consultorios externos, luego hospitales de días y atención comunitaria en los barrios.

Actualmente existe una preponderancia del tratamiento ambulatorio como de la internación breve en hospitales generales, a modo de oposición a la internación prolongada. Dichas modificaciones corresponden, según el modelo socio-cultural, con los comienzos de la Edad Moderna, aunque el consumo de sustancias se presente desde la Antigüedad. En esta etapa, el consumo dejó de ser una

cuestión de la naturaleza y comienzan a elaborarse sustancias psicoactivas introducidas en el mercado por el ámbito medicinal y la industria farmacéutica bajo la lógica capitalista. El verdadero problema social se inicia cuando las sustancias naturales comienzan a ser manipuladas, siendo un componente integral de la dinámica social, económica y política.

6.1.11. *La incompatibilidad o compatibilidad radica en la prioridad que se le otorgue al sujeto, sustancia y/o contexto*

El modelo ético-jurídico establece una relación lineal entre delincuente-enfermo, considerando que la droga es la que genera peligrosidad, inseguridad y delincuencia. Por su parte, el modelo médico sanitario postula a las adicciones como enfermedades, donde la sustancia es el centro del enfoque médico-sanitario. Las acciones que propone el modelo tienden a trabajar sobre los efectos que las sustancias provocan por lo que existe una mirada simplista del consumo y una relación lineal entre causa-efecto.

El modelo psico-social considera a la subjetividad de la persona, es decir, la relación que mantiene la persona con una sustancia y su contexto. No todo consumo resulta problemático. La persona tiene protagonismo en la problemática, como sujeto activo. Se presenta una mirada dinámica y particularizada de la situación de consumo, reconociendo su complejidad. Por último, el modelo socio-cultural interroga acerca de la carga simbólica y del significado que las drogas tienen en cada cultura y, en especial, dentro de cada momento histórico, donde el sistema ideológico y las creencias generan poder. Considera que el problema de las drogas es producto de una construcción socio-histórica, por lo que se puede decir que aporta una mirada desde la complejidad.

**6.2. Aproximaciones finales:
sugerencias y propuestas**

A continuación se presentan afirmaciones que permiten concluir que *“El problema de la droga es que la droga no es el problema”*.

Durante el proceso de investigación, se evidencia que en la temática del consumo problemático de sustancias, existe una región transdisciplinaria, constituida fundamentalmente por la intersección de disciplinas como la psicología, la medicina, la farmacología, el derecho, la sociología, la antropología, el trabajo social. La articulación entre los conocimientos de diferentes ciencias y saberes contribuye a comprender y abordar la problemática en el contexto real en donde se desarrolla, para poder así elaborar y construir estrategias más convenientes. Es decir, es necesario el aporte de todos los modelos teóricos para poder abordar la problemática desde la complejidad.

A partir de lo investigado, se cree pertinente desnaturalizar conceptos y nociones que predominan en la temática del consumo de drogas, que llevan al abordarlo como un fenómeno aislado. Durante el proceso de investigación se fueron evidenciando conceptos globales, omniexplicativos, se presentaron controversias, discrepancias y debates en torno al tema. Sin embargo, se pudo comprobar que se mantiene presente una ideología dominante perteneciente a los modelos ético-jurídico y médico-sanitario. Desnaturalizar no significa no darles relevancia, sino animarse a cuestionarlos, generar nuevos conceptos y empezar a apuntalar modelos que están resurgiendo, como el psico-social y el socio-cultural.

Es importante tener en cuenta la subjetividad y la singularidad de cada caso particular a partir de su contexto, más que cualquier clasificación. Hay que reconocer que la mejora en las condiciones materiales de existencia y del ambiente psicológico de las personas son factores cruciales a la hora de pensar y diseñar abordajes eficaces para los problemas de drogodependencias. Esto no significa que sea simple, ya que se está en presencia de un campo de disputa entre modelos. A modo de aclaración, no se niega la importancia de la clasificación desde un orden académico pero, ante la insatisfacción de la clasificación sobre el consumo de sustancias, es necesario que los profesionales de salud comiencen a enfocarse en las personas con las que trabajan, dejando de lado etiquetas relacionadas con la peligrosidad o la ilegalidad. Vale destacar que la condición de ilegalidad o no de una droga se asocia más con una decisión política o de orden económico que con el prejuicio que causa sobre las personas o en la salud pública.

Es evidente, por tanto, que, a la hora de elaborar políticas sobre drogas por parte de los Estados, prevalecen intereses de tipo económicos y políticos por sobre los criterios de salud. Que las drogas sean el centro de políticas de salud es un modo de ocultar algunos de los problemas más urgentes que enfrentan las sociedades. El ser humano, con su propia historia de vida y sus propias idiosincrasias, es de esta manera reducido a una entidad bioquímica a quien se le niega la realidad de la experiencia y del sufrimiento.

Por otro lado, resulta necesario identificar y adentrarse en el conocimiento de las modalidades de abordaje presentes a partir de su recorrido socio-histórico, porque es lo que permite comprender las ideologías que imperan en cada uno de ellos. Se considera que muchas modalidades pueden ser funcionales a la lógica de exclusión, negación y violencia imperantes en la época. A su vez, esta mirada procura una visión crítica y la oportunidad de problematizar las instituciones en donde los profesionales se insertan. A partir de ello, tener la capacidad de elegir, como agente de salud y como persona, dónde ejercer y qué brindar al sujeto que solicita tratamiento, o bien, que es partícipe de políticas de prevención.

Es relevante repreguntarse y reconceptualizar qué se entiende por asistencia y qué por prevención, ya que deben dejar de considerarse como las dos caras opuestas de la moneda de la intervención. Se postula que deben ser ejercidas de modo conjunto, sin encasillarlas en instituciones o

en territorios, porque la persona forma parte de un todo social. Importante es tener en cuenta que la persona que requiere de ayuda es un sujeto activo, capaz de tomar decisiones y de elegir, el que puede ser protagonista de su propio cambio, al igual que los profesionales pueden optar por qué estilo de terapeuta quieren llevar adelante o qué tipo de preventores. Se deduce de esto que debe existir un posicionamiento ideológico, una cosmovisión que permita que las prácticas sean fundadas.

A nivel asistencial, o bien, preventivo, la autora, desde su posicionamiento como Trabajadora Social que forma parte de un equipo interdisciplinario con modalidad ambulatoria, plantea que es de vital importancia que los servicios comiencen a profesionalizarse en un marco transdisciplinario. Allí es donde los equipos tienden a ser más flexibles y menos rígidos, con una actitud de mayor apertura al diálogo y menor propensión al prejuicio, lo que favorece que se dé una alta responsabilidad de los usuarios en relación a su proceso terapéutico. A su vez, es significativo que los procesos terapéuticos estén definidos de acuerdo a las particularidades de la problemática de cada sujeto y no por consideraciones generales. Las intervenciones no deben ser pensadas desde la droga, sino que deben buscar nuevas formas de relación para poder transformar lo que está instituido, como así también considerar la construcción subjetiva de las personas desde prácticas concretas y desde las necesidades de los sujetos. Los objetivos, por lo tanto, deben ser realistas y factibles. Por último, en cuanto a las etapas de tratamiento definidas históricamente a nivel asistencial, se considera que deben mencionarse como momentos; esto permite visualizar el proceso. La reinserción social, entonces, debe fomentarse desde el inicio mismo del tratamiento.

En relación al abstencionismo o reducción de daños, se atreve a hacer la siguiente reflexión: casi siempre, por no decir siempre, parece que deben existir polos totalmente opuestos en donde no puede ser posible el diálogo o encontrar puntos en común y así están planteadas ambas visiones (abstencionismo o reducción de daños); los equipos terapéuticos se identifican con una u otra y las modalidades de tratamiento deben estar planteadas según tal o cual visión. Sin embargo, tienen un punto en común, es que ambas se proponen como objetivo que el consumo de sustancias no forme parte de la vida de la persona que consulta y eso es lo que resulta significativo e importante. Luego se plantean modalidades diferentes para lograrlo; la abstinencia propone consumo cero desde el inicio y la reducción de daño lo hace de modo gradual. Frente a esto, se puede afirmar que identificarse como equipo desde una sola concepción resulta absurdo; de este modo se siguen creando generalizaciones absolutistas y la realidad es que cada persona que requiere de ayuda es particular y singular, por lo que su plan de tratamiento y el modo en que el equipo decida (conjuntamente con la persona) llevarlo a cabo dependerá de esa realidad. Llevándolo adelante de este modo, no será ineficaz o, por lo menos, no va a significar una frustración para la persona no poder sostener su tratamiento. Los tratamientos deben ser oportunidades y posibilidades, no puertas que se cierran. Por tanto, deben estar enfocados en la persona.

Además, se entiende que se debe comprender al consumo de sustancias como una construcción socio-histórica desde sus múltiples dimensiones y, justamente, como consumo de

sustancias y no como consumo problemático de sustancias o como adicciones. Ya que, si bien el término consumo problemático de sustancias está planteado para poder marcar una distinción con los modelos hegemónicos proponiendo una visión desde la complejidad, el concepto por sí solo sigue haciendo hincapié en que el problema es la sustancia y, a su vez, abre la posibilidad de discutir cuándo es problemático y cuándo no, ya que cada cual podría definirlo desde su subjetividad. La realidad es que hay problemáticas ligadas al consumo de sustancias; de este modo, la causa no es la sustancia sino que termina siendo consecuencia de múltiples condicionantes. Todo consumo es problemático. Desde la óptica de la cual se mire existe un daño, sin especificaciones de uso, abuso, dependencia o intoxicación, porque en la realidad de la intervención las personas acuden a solicitar tratamiento por temor a recaer y alguien podría decir que no puede ser admitido porque no afecta todas sus áreas vitales; sin embargo, para él está siendo un problema, o bien, algo que le preocupa.

Ante lo mencionado, un equipo debe dar respuesta para que la problemática no sea minimizada, naturalizada y en donde pueda enfrentar el argumento que circula sobre el derecho de abusar de drogas, noción que afirma que el abuso de drogas no resulta dañino para el individuo que las consume ni para la sociedad en general. Siguiendo esta lógica, aun si se produjeran daños a la salud del abusador, el estado no tendría que intervenir en la esfera individual, excepto en los casos en donde el sujeto haya cometido por ejemplo un crimen. Estos discursos son los que están presentes en los movimientos que buscan legalizar el consumo, que se revisten con el ropaje y lenguaje de los derechos humanos como intento de hacer que sus argumentos sean más atractivos. La protección de los derechos debe ser un fin en sí mismo y no un medio para lograr un objetivo tan negativo, ya que las drogas no son malas porque fueron prohibidas sino que fueron prohibidas por sus daños. La autora si bien se proclama en contra de la legalización, entiende que es una cuestión que puede ser sujeta a debate.

Por consiguiente, se puede corroborar que la investigación permitió reafirmar la idea de que la problemática del consumo es un fenómeno policausal. Esto quiere decir que ninguna variable, ningún condicionante, por significativo que parezca, explica por sí mismo la totalidad de un caso. Dicha policausalidad es consecuencia de la interacción permanente y dinámica de un conjunto de condiciones. Es conveniente destacar la palabra *condiciones* distinguiéndola de *determinación* o *determinantes*, pues no se sostiene que haya una causa que determine la problemática sino que existen una serie de condiciones que coartan el grado de libertad psicológica de un ser humano. Sumado a esto, hay que destacar el hecho de que hay un entramado social muy complejo propio del sistema de exclusión capitalista en su etapa neoliberal, que construye chivos expiatorios justificativos de la violencia que las asimetrías sociales y económicas producen de manera creciente. En muchas de estas construcciones tienen un papel protagónico los medios masivos de comunicación. Estos deberían ayudar a mejorar el nivel de información en materia de drogas, habilitando el debate público; de esta manera, lograr garantizar que quien reciba esta información confíe en los mensajes que se transmiten. Se suele observar que en la información hay mucha desinformación, totalmente distorsionada.

Por otro lado, se coincide con lo que exige la Ley de Salud Mental, un profundo replanteo de la concepción de los usuarios de drogas como sujetos de derechos, así como la transformación crítica de los basamentos teóricos y las estrategias de los dispositivos de intervención, la transformación de los planes de estudio de las diferentes disciplinas y una profunda reforma del sector de salud que supere la fragmentación y que involucre a los actores de las jurisdicciones nacionales, provinciales y municipales donde se producen estas tensiones. Las instituciones deben gestionar respuestas articuladas y eficaces, y diseñar políticas que, creativa y eficazmente, puedan optimizar los vínculos entre sectores y niveles de complejidad en las gestiones. Al mismo tiempo, se necesita una reforma de la ley de estupefacientes que acompañe estos procesos. Es importante que la temática del consumo de drogas se instale como un tema de derechos humanos, para eso es necesaria la participación y el compromiso de todos los ciudadanos con el objetivo de convertir la letra de estas normas en letras vivas.

Además, pensar en el sujeto puede ser la herramienta conceptual que permita restituir el rol profesional de agentes sanitarios, para lo cual será necesario un trabajo de construcción-reconstrucción teórica de los discursos. Tarea para la cual tanto la rigurosidad científica como la honestidad intelectual serán las condiciones necesarias e imprescindibles que garanticen el éxito de este recorrido. Es así que se deben abordar las representaciones sociales desde todos los ámbitos.

El consumo de sustancias debe ser parte del ámbito de discusión de la bioética, que no es más ni menos que la mirada de diferentes disciplinas y saberes en un intento de que la ciencia avance por carriles de responsabilidad, y esto es tarea de los profesionales. Como así también será imperioso un replanteamiento en la formación académica de los profesionales de las diferentes disciplinas que participan en los procesos de atención de las personas que consumen, donde estén presentes los marcos éticos como reguladores de las prácticas, que se puedan generar cambios curriculares que incluyan la conceptualización y competencias técnicas para actuar en situaciones complejas, reconociendo y articulando con otros saberes no académicos.

Se hace imperante ampliar la apropiación de herramientas para el trabajo comunitario extramuros, las intervenciones institucionales y las grupales, entrenar en el uso de instrumentos legales que faciliten la efectivización de derechos y eviten la tendencia a la judicialización de los problemas sociales. Formar a los profesionales para que desarrollen habilidades para ser gestores de políticas públicas en los ámbitos del Estado y en los movimientos sociales y descentrar los modelos hegemónicos que enfatizan las prácticas en el ámbito privado de la atención clínica asistencial e individual.

Específicamente en lo que respecta al Trabajo Social, queda en evidencia que los aportes de la disciplina son importantes y necesarios para un abordaje integral de la temática. Esta disciplina es parte de la mirada socio-cultural que aún debe tomar fuerza en el campo de disputas, sin negar las diferentes visiones que son igualmente válidas y que deben ser consideradas para comprender e

intervenir en la complejidad. Es importante destacar que se está gestando un momento de reconocimiento y validación de la profesión, lo cual debe ser sostenido y potenciado. La dimensión social ya no puede ser negada y, para que eso no suceda, es pertinente ser sujetos investigadores que produzcan conocimientos desde la argumentación.

Es necesario destacar que la realidad de la intervención demuestra que los modelos teóricos deben convivir a pesar de sus grandes diferencias para que el abordaje sea integral, por lo que es necesario conocer acerca de ellos y la importancia de sus aportes. De este modo evitar caer en reduccionismos o absolutismos de saberes, que no permiten ver a la persona en su totalidad y que solo llevan a egoísmos disciplinares, perdiendo el para qué y el porqué de cada intervención. La autora considera que lo expuesto no implica perder la especificidad de cada profesión, sino al contrario, enriquecer los conocimientos y ayudar a la comprensión de la problemática, porque cada disciplina por sí sola no puede por más que intente, intervenir eficientemente.

Para finalizar, se puede decir que la producción de esta investigación ha permitido a su autora enriquecer los conocimientos, cuestionarlos, reflexionar, criticar esquemas previos, lo que ha repercutido en su práctica profesional. Anhela que su trabajo final de grado le haya permitido lo mismo al lector, aportando un espacio para discutir, reflexionar y así poder generar su propio posicionamiento, el que puede coincidir o no con lo expuesto. Es necesario continuar problematizando y debatiendo, sin polémica no hay crecimiento y, en una realidad cambiante y dinámica, es importante no quedarse quietos.

Se permite reiterar, entonces y a partir de las evidencias, que...

“El problema de la droga es que la droga no es el problema”.

7. ÍNDICE BIBLIOGRÁFICO

- Barrenengoa, P. (2014). *Consumo de sustancias: de la punición a la salud pública*. La Plata, Buenos Aires.
- Becerra, R y Kennel, B. (2008). *Elementos básicos para el Trabajo Social en salud mental*. Buenos Aires: Espacio.
- Bobes, J., Casas, M y Gutiérrez, M. (2011). *Manual de trastornos adictivos: Enfoque*.
- Carakushansky, M. y Viale, L. (2015). *Drogas y Derechos humanos*. Córdoba: Brujas.
- Carballeda, A. (2006). En *La Adolescencia y la Drogadicción en los Escenarios del Desencanto*. España: Espacio: Drogadicción y sociedad.
- Carballeda, A. (2008). *Drogadicción y sociedad*. Buenos Aires: Espacio.
- Carballeda, A. (2008). *Las Adicciones son Expresiones de un Malestar en la Sociedad*.
- Fernández y Martínez (2004). *El antes y el después del consumo problemático: representaciones sociales, abordajes interdisciplinarios y acceso al derecho a la salud* (Grado de tesis, publicada, Lic. en Trabajo Social). Universidad Nacional de Cuyo. Mendoza.
- Follari, R. (2000). *Epistemología y sociedad*. Santa Fe: Homo Sapiens.
- Gómez, A. (2007). *Drogas y Control Social*. Córdoba: Brujas.
- Gómez, A. y Serena, F. (2015). *Introducción al campo de las drogodependencias*. Córdoba: Brujas.
- Kornblit, A., Camarotti, A., Di Leo, P. (s.f) *La Construcción Social de la Problemática de las Drogas*. Recuperado de: http://files.unicef.org/argentina/spanish/Edu_ModulosESI.pdf.
- Kuhn, T. (1971). *La estructura de las revoluciones científicas*. México: FCE.
- Kuras, S. y Resnizky, S. (1985). En *Contra la enfermedad como Delito*. Argentina: Trieb: Acompañantes Terapéuticos y pacientes psicóticos.
- LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL N.º 26.657.
- Moreno, R. (2015). *Entre el Consumo de Drogas y la Drogadicción*. Córdoba: Brujas.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Recuperado de: www.who.int/es/
- Pedredo Pérez, E., Fernández Hermida, J., Casete Fernández, L., Bermejo González, M., Secades Villa, R. y Gradolí, V. (2008). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones: Socidrogalcohol*.
- Portero, G. (2015). *DSM 5 – Trastornos por consumo de sustancias. ¿Son problemáticos los nuevos cambios en el ámbito forense?*
- Touzé, G. (2006). *Saberes y prácticas sobre drogas. El caso de la pasta base de cocaína*. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil y Federación Internacional de Universidades Católicas.
- Touzé, G. (2008). *Visiones y actores del debate*.
- Touzé, G. (2010). *Prevención del consumo problemático de drogas, un enfoque educativo*. Buenos Aires: Troquel.

- Touzé, G. (2016). *El Derechos a la salud y a la integridad de los usuarios de sustancias psicoactivas*. COPOLAD
- Touzé, G., Damín, C., Pawlowicz, M y Goltzman, P. (2015). *El laberinto del fauno*. Buenos Aires: El socio oculto del capital.
- Trimboli, A. (2017). *Consumo problemático de drogas, bases para una clínica ambulatoria de inclusión sociosanitaria*. Buenos Aires: Noveduc

