

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Trabajo Integrador Final

Título: Paradigmas de abordaje del consumo problemático de drogas: El rol del psicólogo en el sistema de salud público desde el modelo de la reducción de daños

Modalidad de Presentación: Ensayo

Autor/a: Lucía Latimori

Legajo: L 5123/3

Docente o Graduado/a Responsable: Dra. Silvia Inchaurrega

Año: 2020

Agradecimientos

En primer lugar, deseo expresar mi agradecimiento a la directora de este Trabajo Integrador Final, Dra. Silvia Inchaurrega, por la dedicación y apoyo que ha brindado al mismo, por el respeto a mis sugerencias e ideas, y por la dirección y el rigor que ha facilitado a las mismas. Gracias por la confianza ofrecida desde que nos conocimos.

A mis padres y mis hermanos, quienes me acompañaron y me dieron el privilegio de transitar y formarme en la profesión que elegí, y quienes también se educaron en la Universidad pública.

A mi compañero, por los años de sostén, apoyo, contención y aprendizaje mutuo. A mis compañeras y compañeros del SADyS, por su apoyo personal y humano, con quienes he compartido proyectos e ilusiones durante estos años de trabajo. A las y los docentes de nuestra querida Facultad, quienes me formaron en el marco de una Universidad pública, libre, gratuita, feminista y laica, de la cual estoy orgullosa.

Índice

Resumen y palabras clave.....	4
1. Introducción.....	5
2. Desarrollo.....	6
2.1 Consumos problemáticos: una sociedad de consumo.....	6
2.2 Problemática compleja y multicausal: el consumo de drogas.....	6
2.2.1 Factores bio-psicosociales.....	7

2.2.2 Diferentes modos de consumo.....	8
2.3 Legislación y Políticas públicas sobre drogas en la Argentina.....	8
2.4 Promoción y Prevención de la salud.....	10
2.5 Paradigmas de abordaje desde las Políticas Públicas.....	11
2.5.1 Abstencionismo	11
2.5.2 Reducción de daños: antecedentes y actualidad	12
2.6 Rol del psicólogo en relación con el consumo problemático de drogas	13
2.6.1 El trabajo en el sistema de salud público desde el paradigma de la reducción de daños.....	14
2.7 Instituciones públicas que trabajan desde la Reducción de Daños	15
2.7.1 Servicio Asistencial en Drogadependencias y SIDA (SADyS)	15
2.7.2 Centro de asistencia a las adicciones <i>Carlos Gardel</i>	16
2.7.3 Reflexiones.....	16
3. Conclusiones	18
Referencias bibliográficas.....	19

Resumen y palabras clave

El objetivo del presente ensayo es describir los diferentes paradigmas que se fueron construyendo en torno al tema del consumo problemático de drogas, realizar una reseña histórica de la legislación vigente y las políticas públicas establecidas en Argentina y finalmente destacar el rol del psicólogo en el sistema de salud público ante el consumo problemático, desde una perspectiva psicoanalítica.

Con respecto a los aspectos subjetivos se trabajan los aportes de unas de las principales influencias del psicoanálisis: Sigmund Freud y Jaques Lacan, además de Silvia Bleichmar y Hervé Francois. En cuanto a la prevención y promoción de la salud, se recupera lo propuesto por Floreal Ferrara, quién analiza la concepción de salud que

postula la O.M.S., además de los conceptos de prevención y promoción.

En lo que concierne al aspecto legal, se discuten las leyes vigentes en Argentina, desde la Ley sobre Tenencia y Tráfico de Estupefacientes N° 23.737 de 1989, hasta la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 de 2010, para fundamentar la necesidad de un cambio de paradigma respecto de la salud mental, al incluir las adicciones como problemática de salud.

En relación a los enfoques de abordaje, se desarrolla el abstencionismo y la reducción de daños.

Por último, se cuestiona acerca de cuál es el rol del profesional de la psicología respecto al consumo problemático de drogas, en el marco del sistema de salud público, desde el paradigma de la reducción de daños.

Palabras clave

Consumos problemáticos - adicciones - reducción de daños - psicólogo

1. Introducción

Un consumo se puede volver problemático cuando afecta negativamente la salud, ya sea física o psíquica, o bien cuando repercute en las relaciones familiares, de pareja o amigos, e inclusive cuando se ve implicado el desempeño laboral o académico de una persona (Ley N° 26.924, 2014).

La sociedad occidental fomenta el consumismo, este es un fenómeno que ha desembocado de las estrategias capitalistas propias del sistema económico, social y político, y es frecuente que el modo problemático se manifieste por el consumo de drogas

legales e ilegales, las compras, la tecnología, la alimentación y la vida sana, entre otros ejemplos.

En este sentido, el consumo de drogas, como problemática social es una realidad que requiere ser abordada de manera integral desde distintos enfoques con el objeto de lograr fortalecer una red de apoyo que actúe significativamente sobre la situación.

Si bien el consumo problemático de drogas es un fenómeno multifactorial, el cual requiere un trabajo interdisciplinario, una perspectiva integral y que considere el contexto social y cultural en el cual surge el problema, es fundamental el abordaje desde la visión del profesional de la psicología y su función dentro de un abordaje interdisciplinario.

La Ley N° 26.924 denominada Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos, señala que se entiende por “consumos problemáticos” aquellos consumos que —mediando o sin mediar sustancia alguna— afectan negativamente, en forma crónica, la salud física o psíquica del sujeto, y/o las relaciones sociales. Los consumos problemáticos pueden manifestarse como adicciones o abusos al alcohol, tabaco, drogas psicotrópicas —legales o ilegales— o producidos por ciertas conductas compulsivas de los sujetos hacia el juego, las nuevas tecnologías, la alimentación, las compras o cualquier otro consumo que sea diagnosticado compulsivo por un profesional de la salud.

En el desarrollo de este escrito, se usarán los términos: consumos problemáticos y adicciones, aunque los diversos autores citados puedan utilizar otro modo de referenciarse sobre la temática.

El objetivo del presente ensayo es describir los diferentes paradigmas que se fueron construyendo en torno al tema del consumo problemático de drogas en un primer momento, para luego realizar una reseña histórica de la legislación vigente y las políticas públicas establecidas en Argentina, y finalmente problematizar el rol del psicólogo en el sistema de salud público ante el consumo problemático, desde una perspectiva psicoanalítica.

2. Desarrollo

2.1 Consumos problemáticos: una sociedad de consumo

Cualquier conducta que no se pueda controlar y que afecta negativamente a la salud física, psíquica, o a las relaciones sociales, puede considerarse un consumo problemático, y en este contexto se pueden incluir el tabaco, el alcohol, el juego, la tecnología, las drogas, entre otros consumos que representen un comportamiento compulsivo fuera de control.

Al mencionar “consumos” se intenta deshomogenizar el campo, recuperando multiplicidad de experiencias, y al especificar “consumos problemáticos” más bien se apunta a identificar el impacto del consumo en la vida cotidiana de un sujeto en particular. Gil y Feliú (2010) explican que la idea que tenemos de consumir no siempre se reduce a apropiarse de un objeto a través de un proceso de compra, ya que comprar un objeto no implica consumo. El consumo está dado por el tipo de relación que se establezca con él, cómo nos transforma al usarlo, cómo lo necesitamos, cómo nos emociona.

El consumo se ha naturalizado a tal punto que ha pasado de ser una necesidad. Vivimos en una sociedad que fomenta el consumo generalizado con el fin de sentirse parte, de pertenecer. De allí que el consumo se vuelve problemático cuando implica necesidad vital, cuando es excesivo y consecuentemente perjudicial.

Como lo menciona la SEDRONAR (2014) la noción de consumos problemáticos es reciente y se asocia mayoritariamente a la adicción o dependencia al consumo de sustancias incorporando la figura del sujeto que consume.

Por tanto, un consumo se convierte en problemático cuando se establece un vínculo compulsivo que fragmenta los lazos sociales, y afecta principalmente el proyecto de vida de la persona o revela la ausencia de este.

En este mismo sentido, es oportuno mencionar que no todo consumo problemático necesariamente es una adicción. Las adicciones se dan cuando las personas sienten que no pueden prescindir de una sustancia o de una actividad que se consume o se realiza de forma continuada en el tiempo, y generalmente se asocia al consumo de drogas (Camaroti, A. y Kornblit, A., 2014).

2.2 Problemática compleja y multicausal: el consumo de drogas

Siguiendo la cuestión de la sociedad y el consumismo, es evidente que una nueva realidad cultural nos interpela en cuanto al consumo y sus límites, y tiene que ver con el uso de drogas.

Con respecto al consumo de drogas, como menciona Camaroti (2014) los estudios sobre sus distintos usos coinciden en considerar una interacción constante entre tres elementos que forman parte del fenómeno: las sustancias, los individuos y el contexto, los que son fundamentales al momento de realizar cualquier análisis.

Como señala Stolkner (2012), si bien pensar el consumo problemático de las drogas desde la lógica de la psicología implica hacer un recorte, no puede desconocerse todas las dimensiones que tiene este problema, por ello se consideraron los factores bio psicosociales asociados a la cuestión.

2.2.1 Factores bio-psicosociales

Negreiros (2018), menciona que las causas de las adicciones son multifactoriales e involucran factores biológicos, psicológicos y sociales: los primeros tienen que ver con el hecho de que en el cerebro se produce la liberación de sustancias, como la dopamina, que tiene un papel importante en el comportamiento y la cognición, la actividad motora, la motivación y la recompensa, por este motivo se estimulan ciertos circuitos que refuerzan esta clase de conductas; mientras que los otros factores están influenciados principalmente por la actitud que la persona tiene frente a ese consumo.

Pascual (2002), por su parte indica que hay varios aspectos fundamentales para que se instale la conducta de consumo: la permisividad socio-familiar que tienen las sustancias, la baja percepción de las consecuencias negativas del consumo y la percepción de control sobre el consumo cuando se hace de forma ocasional o recreativa. Y Pedrero y Rojo (2008), aportaron que uno de los factores causales principales para el establecimiento de la dependencia son los rasgos de personalidad del sujeto.

Es pertinente incorporar también la noción de subjetividad, en relación al aspecto psicológico de este fenómeno multicausal. El concepto de subjetividad hace referencia a la singularidad humana. En psicoanálisis, el tema de la subjetividad conduce a la noción de aparato psíquico. Si bien Freud no define estrictamente a la subjetividad, señala que lo psíquico se construye a partir de las diferentes inscripciones que acontecen a lo largo de la vida del sujeto. En la Carta 52 (1896) Freud plantea la existencia de tres tipos de inscripciones, aclarando que toda percepción de la realidad no retiene la huella del suceso sino que la huella se inscribe en otro lado. En este proceso, se puede observar que no todo aquello que se percibe llega a ser consciente. Esto significa, que todo hecho vivido y percibido por un sujeto va construyendo el psiquismo de una manera singular de acuerdo a como se produzcan las inscripciones (inconscientes, preconscientes y conscientes). En relación a esto, se comprende el carácter subjetivo de cada sujeto según su contexto social, cultural e histórico.

Dentro de los aportes pos freudianos, el término “sujeto” está presente desde los primeros escritos psicoanalíticos de Lacan (1976), tomando un lugar central en su teoría. En Lacan la categoría de sujeto se enlaza con las del inconsciente.

Bleichmar (1999), presenta una diferencia más precisa entre constitución psíquica y producción de subjetividad. La primera se referiría a “variables cuya permanencia trasciende ciertos modelos sociales e históricos” (p. 81) y la segunda, abarcaría aquellos aspectos que hacen a la construcción social del sujeto, en relación con lo ideológico e inscripta en un espacio y un tiempo determinado.

Según Hervé Francois (1999) y en este sentido Augsburger (2002) analiza la expresión de sufrimiento psíquico con el fin de comprender ciertas problemáticas asociadas al estado anímico, como el caso de las adicciones, la categoría de “sufrimiento psíquico”, concepto trabajado por varios autores, implica una cierta duración y compromiso, ya que sufrir es aguantar, padecer o tener que soportar. Esta noción de sufrimiento psíquico permite pensar más fácilmente en una condición que puede ser superada, mientras que la patologización de situaciones cotidianas como son hoy en día las adicciones, solo tiende a cronificarlas.

Lo anterior permite explicar porque al momento de desarrollar intervenciones, la realidad se ve condicionada por la causalidad subjetiva y multifactorial que derivó en el inicio y permanencia en el consumo de drogas.

2.2.2 Diferentes modos de consumo

Como sostiene Camaroti (2014) más importante que considerar cuál es el producto que se consume, lo determinante es atender a la relación que se establece entre ese producto y el modo de vida en que se inscriben las drogas, que marca diferenciadas formas de su uso.

Por tanto, para hablar de diferentes modos de consumo, se hace referencia a frecuencias y cantidades, rituales y sanciones organizados alrededor del consumo de las sustancias. Inchaurreaga (2014) señala que hay distintas modalidades de uso de las sustancias. “Hay usos recreativos, experimentales, religiosos, y hay usos ocasionales, frecuentes o compulsivos” (2).

A manera de síntesis, se podrían clasificar los modos de consumo según los siguientes patrones:

- Recreativo o social: refiere a la utilización ocasional y durante un breve espacio de tiempo y en situaciones específicas.
- Habitual: significa la utilización frecuente de la sustancia. El sujeto amplía las situaciones en las que recurre a las drogas, que se usan tanto en grupo como de manera individual; sus efectos son perfectamente conocidos y buscados por el usuario.
- Compulsivo: uso crónico, diario o casi diario. El consumo es el que organiza la propia vida, se produce una gran dependencia a la sustancia.

Torres de Galvis (2010) en su referido a los factores asociados al abuso y a la dependencia de drogas, caracteriza muy claramente, con el aporte de otros autores, las diferencias entre una y otra condición, las cuales vienen dadas justamente por las diferentes formas de consumo o el patrón seguido, según sea un consumo habitual, o un consumo compulsivo.

En cuanto al abuso, Torres de Galvis (2010) destaca que se asocia más bien con “un patrón des adaptativo de consumo de sustancias manifestado por consecuencias adversas significativas y recurrentes relacionadas con el consumo repetido de sustancias” (p. 224). Así, puede tener lugar, dado el incumplimiento de obligaciones importantes, consumo repetido en situaciones en que hacerlo es físicamente peligroso, problemas legales múltiples y problemas sociales e interpersonales recurrentes, dándose en forma repetida.

La dependencia se refiere a criterios que no incluyen la tolerancia, sino más bien un patrón de uso compulsivo, con consecuencias dañinas del consumo repetido. Siguiendo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), la dependencia es aquella pauta de comportamiento en la que se prioriza el uso de una sustancia psicoactiva frente a otras conductas consideradas antes como más importantes.

2.3 Legislación y Políticas públicas sobre drogas en la Argentina

En lo que respecta a la legislación de Argentina con relación a las drogas, en el país se han venido desarrollando desde 1924 varias normativas con carácter represivo y persecutorio en relación con el consumo y a las actividades de tráfico de sustancias.

En particular podemos señalar la llamada Ley de Estupefacientes o Ley 23.737 de 1989, que se trata de un conjunto de acciones penales, medidas de seguridad curativa y educativa, disposiciones de orden procesal, como así también medidas de control y acción sanitaria en relación con las drogas.

La misma, estipula penas a la tenencia de drogas para consumo personal. Estas penas consisten en multas y/o tiempo de prisión por parte del consumidor/a. Para evitar la necesidad de cumplimiento de dichas instancias penales, se propone en el art. 17:

Si en el juicio se acreditase que la tenencia es para uso personal, declarada la culpabilidad del autor y que el mismo depende física o psíquicamente de 8 estupefacientes, el juez podrá dejar en suspenso la aplicación de la pena y someterlo a una medida de seguridad curativa por el tiempo necesario para su desintoxicación y rehabilitación. (Ley 23.737, 1989).

Se puede notar el carácter punitivo que establece la misma. Como herramienta superadora, entra en vigencia en el 2010 la Ley 26.657 conocida como Ley de Salud Mental que significativamente establece en su art. 4:

Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. 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 (Ley 26.657, 2010).

De esta forma se generan algunas contradicciones entre ambas normativas. Por un lado la ley de Salud Mental promulgó y declaró transformaciones auspiciosas, enmarcada en derechos, con promoción de respuestas innovadoras.

Por otro lado, la Ley de Estupefacientes evidencia resistencias, castigos y penas de tipo obsoletas, ubicando al consumo de sustancias como un crimen, utilizando el término “culpabilidad de autor” en referencia a los consumidores, mientras que la Ley N° 26.657 sitúa a las adicciones como una problemática de Salud Mental, la Ley N° 23.737 limita a las mismas como objeto de la Justicia Penal, muy lejos del ámbito de la salud.

En relación a esta disyuntiva, en el *Manual de Derechos Humanos y uso de drogas* Inchaurreaga (2009) retribaja la noción de ciudadanía:

La noción de ciudadanía implica que los usuarios de drogas, como los demás, ni más ni menos, poseen obligaciones y también derechos. Estamos en el terreno de los derechos humanos. Derecho a la salud, a la educación, al trabajo, a la igualdad, a la dignidad y el honor, a la libertad, a la privacidad, a la propiedad. El derecho a la privacidad, en especial, permite sostener la necesidad de reformular las políticas de drogas en nuestro país, dejando de tratar como delinquentes, como enemigos, a los usuarios de drogas (Inchaurreaga, 2009, p. 8).

Al respecto de la Ley de Salud Mental es significativo resaltar que en su art. 2 señala como uno de sus objetivos: “asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos” admitiendo en su art. 8 la necesidad de un abordaje desde la interdisciplina, requiriendo de la presencia de distintos profesionales de la salud, diciendo que:

Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes (Ley 26.657, 2010).

Estos conceptos imponen un cambio de paradigma respecto de la salud mental, al

incluir las adicciones como problemática de salud. En este sentido, se reconoce a las personas con padecimiento psíquico en sus singularidades, como sujetos de derecho y a la salud mental como un proceso en un contexto social, histórico, cultural, económico particular, como lo destaca en su artículo al respecto, el Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires (2018), y se considera un aporte importante a mencionar, ya que lo anterior, marca un importante progreso en relación con el tratamiento de los Derechos Humanos y a su vez destaca la necesidad del abordaje complejo de esta problemática en general, y de la participación del profesional de la psicología en particular.

2.4 Promoción y Prevención de la salud

Para introducir el tema de abordajes y políticas públicas en salud, es necesario elucidar primero las nociones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad como todas aquellas acciones, procedimientos e intervenciones integrales, particularmente orientadas a que la población mejore sus condiciones de vida de manera saludable.

Al respecto Ferrara (1985) tiene una interesante concepción de la noción Salud/Enfermedad partiendo de la definición de salud que fuera propuesta por la OMS en 1948, que la definía como un completo estado de bienestar físico-mental y social. Para el autor, dados los complejos procesos que tienen lugar en el mundo actual, resulta ser un concepto inacabado o incompleto, por lo que considera que referirse de esta manera a la salud, o como lo hacen otros autores diciendo que es un estado de ausencia de enfermedad, da una idea de una concepción estática, sin profundidad, por lo que sólo puede ser aceptada de forma provisoria hasta establecer una mejor aproximación a la definición. No obstante, Ferrara (1985), propone realizar el esfuerzo de aportar una mayor exactitud en su enunciación, proponiendo abarcar tres áreas que completan el concepto de salud como son el área física, el área mental y el área social, como dimensiones determinantes.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), plantea que la promoción de la salud es: el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud. La promoción va más allá del campo médico e implica factores ambientales, económicos, biológicos y de estilo de vida.

Ahora bien, mientras que la promoción de la salud hace referencia al mantenimiento y mejora de la salud, en un sentido amplio, el término prevención de la salud se refiere a evitar las enfermedades o padecimientos de salud mental. En particular, al asociar la prevención al consumo problemático de drogas y atendiendo a que cualquiera de ellas puede provocar daños a las personas, se aboga de manera anticipada para evitar que sucedan consecuencias negativas.

Touzé (2006) expresa que un uso de drogas puede ser problemático para una persona cuando el mismo afecta negativamente –en forma ocasional o crónica- a una o más áreas de la persona, a saber: 1. Su salud física o mental; 2. Sus relaciones sociales primarias (familia, pareja, amigos); 3. Sus relaciones sociales secundarias (trabajo, estudio); 4. Sus relaciones con la ley. A la vez sostiene que, entre la absoluta abstinencia y la instauración de consumos problemáticos de drogas, existen muchas otras formas de relación con las sustancias. La intervención preventiva debe adaptarse a esta realidad. Es evidente que no se puede actuar de la misma forma con un grupo que no tiene una relación con las drogas, que con uno que está empezando a consumirlas u otro en el que se establecen problemas relacionados con su consumo. En cuanto a los niveles es

posible establecer:

- Prevención primaria: Actúa antes de que se produzca el consumo. Su objetivo es impedir o retrasar la aparición de usos de drogas. Las actuaciones de prevención primaria requieren fundamentalmente una modalidad inespecífica de prevención del uso problemático de drogas, especialmente en colectivos que por su edad o su contexto encuentran muy alejado de sus vivencias el consumo de drogas.

- Prevención secundaria: Actúa cuando ya se han producido los primeros contactos con el consumo de drogas. El objetivo fundamental sería evitar la instauración de usos problemáticos.

- Prevención terciaria: Es aquella que una vez que se instala un consumo problemático de drogas, intenta impedir que la situación se agrave y persigue la disminución de las posibles secuelas asociadas al consumo” (GID, 1995).

En relación al último punto, se considera fundamental el aporte y la concepción del modelo de Reducción de Daños que adhiere Inchaurreaga (2002):

Define tanto una política social como una política de salud que pretende reducir los 10

problemas relacionados con las drogas. Problemas sociales y de salud como la marginalidad, criminalización, las infecciones y enfermedades asociados al consumo por vía intravenosa, los abscesos, las sobredosis. La metodología para evitar o disminuir estos problemas podrá incluir modificaciones legales, sanitarias o sociales. (Inchaurreaga, 2002, p. 28).

El modelo de Reducción de Daños apunta a reducir los daños del consumo de sustancias en general, y del consumo problemático en particular.

En cuanto a la asistencia de las adicciones, consiste en entender, promover, planificar, evaluar y coordinar acciones referidas a la prevención y asistencia de la problemática, en todos sus niveles, entendiendo a la misma como una cuestión social, global, policausal, a través de la acción conjunta de organismos públicos y privados, y enmarcada dentro de los lineamientos estratégicos adoptados por el gobierno. La asistencia de las adicciones puede incluir desde terapia para el usuario y sus referentes socioafectivos, hasta también tratamiento ambulatorio y consejería en reducción de daños.

2.5 Paradigmas de abordaje desde las Políticas Públicas

La forma en que se concibe a las personas con consumo problemático de sustancias es clave para pensar las respuestas que se implementan. Parece una cuestión menor, pero es realmente uno de los factores determinantes, establecer desde qué paradigma se atenderá determinada cuestión.

Kuhn (2012), explicó que los modelos que se aborden generarán “compromisos teóricos” que originen soluciones concretas a problemáticas determinadas. Influyendo de esta manera no solo en su definición, sino en su conformación y las condiciones para desplazarse por los distintos roles emergentes de él mismo.

2.5.1 Abstencionismo

El abstencionismo consiste en ser un dispositivo de atención a usuarios de sustancias, cuyo modelo se empezó a gestar a inicios del siglo XX. Corda (2014) explica que el modelo abstencionista se trata de una respuesta estatal sobre los estupefacientes que en la Argentina se inicia con el desarrollo de la legislación administrativa que regulaba

el expendio e importación en estas sustancias, con multas a farmacias y droguerías que lo realizaran fuera de los canales habilitados.

De esta manera se fueron acumulando, superponiendo, reforzando en torno a la cuestión de las drogas, variedad de discursos de la defensa social, la seguridad nacional y ciudadana, mezclados con la definición internacional, conformando entre los '80 y '90 el modelo "prohibicionista-abstencionista" que proponía una respuesta penal a sus principales destinatarios, los usuarios de estupefacientes.

El modelo abstencionista proponía que toda conducta vinculada a estas sustancias que no tuviera fines médicos o científicos debía ser considerada ilícita. No sólo se hizo mayor esfuerzo en desarrollar respuestas destinadas al control de la producción y tráfico, sino que se incluyó en ellas al usuario de estupefacientes como parte integrante de ello.

Vázquez (2008) afirma que el modelo abstencionista se basa en la idea de que la persona que consume drogas es un enfermo con una causa detectable: la sustancia, y a continuación se entiende que es posible curar al enfermo interrumpiendo o actuando para que, a partir de la abstinencia de la sustancia, el enfermo se cure. En este sentido el objetivo de las instituciones que brindaban este modelo asistencial, se manejaban con el cese del consumo para el inicio del tratamiento.

Lo anterior es una de las grandes falencias por la poca eficacia del modelo, ya que se pretende que se abandone el uso de la sustancia de forma aislada, cuando en realidad se la incorporó como hábito bajo condiciones sociales. Dicha visión intenta explicar el todo

11

del problema de la droga dependencia a partir de sus partes, como lo señala Morín (1999). En relación al modelo abstencionista, el DSM V incluye en uno de sus apartados los "Trastornos relacionados con sustancias". Estos trastornos se dividen en dos grupos: los trastornos por consumo de sustancias (dependencia y abuso) y los trastornos inducidos por sustancias (intoxicación, abstinencia, delirium inducido por sustancias, demencia persistente inducido por sustancias, trastorno amnésico inducido por sustancias, trastorno psicótico inducido por sustancias, ansiedad inducida por sustancias, disfunción sexual inducida por sustancias y trastorno del sueño inducido por sustancias). Si bien no es objetivo del presente ensayo desarrollar los trastornos conceptualizados por el DSM V, sí interesa marcar las diferencias de concepciones sobre los consumos problemáticos de sustancias, ya que como se mencionó anteriormente, la manera de definirlos, limita la forma en que se piensa una estrategia o un modo de tratamiento de los mismos. El modelo abstencionista, persigue los ideales del paradigma médico hegemónico, concibiendo a los consumos problemáticos como una enfermedad, haciendo énfasis exclusivamente en el objeto droga; el modelo de reducción de daños, concibe a los consumos problemáticos desde una dimensión multicausal, no como una enfermedad, sino como un padecimiento subjetivo, que requiere un modo de intervención interdisciplinaria, siguiendo la letra de la Ley N° 26.657. Tal como se señala en la *Guía de orientación a la magistratura para la adecuada atención de personas consumidoras de sustancias psicoactivas* (2010):

Se conjuga la terapéutica clínico-asistencial, que toma en cuenta la singularidad del sujeto, el caso por caso, con una valoración del contexto de la persona y de sus variables sociales, las cuales muchas veces, resultan desfavorables y requieren el desarrollo de un trabajo de promoción y fortalecimiento (Integrantes de la Comisión de Expertos en Adicciones, 2010, p. 19).

Esto fundamenta, una vez más, la necesidad del trabajo interdisciplinario en el ámbito público para poder dar respuestas a una problemática tan compleja como plural.

Siguiendo a Kameniecki (2012) los discursos hegemónicos y las representaciones sociales estigmatizantes sobre las drogas y la figura de los usuarios, sostienen el paradigma tradicional de la lógica de la abstinencia obligatoria de sustancias que impera en instituciones y ámbitos de salud, sociales y educativos, promoviendo efectos de exclusión y segregación de las personas usuarias de sustancias psicoactivas potenciando aún más las prácticas de riesgo por parte de dichas poblaciones.

Así resulta que la falta de acciones preventivas adecuadas y el criterio abstencionista como política de Estado, generan efectos negativos como el aumento de demanda en el ámbito del consumo, recaídas de los usuarios, criminalización de los mismos, su alejamiento del sistema de salud, intoxicaciones por prácticas clandestinas, contagio de enfermedades como el VIH/SIDA y las ETS, etc.

2.5.2 Reducción de daños: antecedentes y actualidad

Este modelo, surge en la década del ochenta, frente al fracaso evidente de las políticas de corte prohibicionista. El modelo de Reducción de Daños fue adquiriendo mayor vigencia y apoyo, definiéndose como un conjunto de ideas y estrategias orientadas a reducir las consecuencias negativas de ciertos comportamientos humanos.

Velázquez (2016) clarifica que el objetivo deja de ser únicamente la abstinencia en el uso de y pasa a ser también, disminuir los riesgos y los daños asociados al consumo. Este modelo entiende que el fenómeno del consumo es complejo, multifacético y que es parte de la realidad de nuestro mundo, y elige minimizar los riesgos y los daños asociados al consumo de los usuarios en lugar de ignorarlos o perseguirlos, por supuesto que sin restarle real importancia al peligro y las afecciones que genera el uso de sustancia psicoactivas. El modelo de reducción de riesgos y daños incluye tener en cuenta las

12

circunstancias individuales y comunitarias de una determinada región, lo que hace imposible que exista una fórmula única y universal para su aplicación, sino que depende de cada caso particular, dándole características de tratamiento personalizado, en la mejor de las acepciones.

Por su parte Inchaurreaga (1999) se refiere al modelo de reducción de daños como una política de salud que apunta a la disminución de las consecuencias negativas del consumo de drogas, y hace una diferencia con la política llamada de abstinencia que intenta reducir o prohibir el consumo de droga, remarcando que la primera mencionada surge a partir de la imposibilidad actual, transitoria o permanente, de evitar el uso de drogas y del reconocimiento del derecho del sujeto a continuar con él y la imperiosa necesidad de reducir o minimizar el daño que dicho consumo produce en el sujeto y/o en otros. Esta concepción reconoce la existencia de consecuencias negativas como lo menciona la autora, ya que si para la concepción que sostiene al modelo de abstinencia es la droga la causa de la drogadependencia y es ésta su consecuencia negativa, para el enfoque de la reducción de daños, la droga es el objeto de una práctica de consumo de un sujeto y depende de las condiciones en que el sujeto realice dicha práctica, la naturaleza de sus consecuencias.

Una de las acciones o estrategias más difundidas en los últimos tiempos con el método de reducción de daños es priorizar la educación e información como medio para lograr reducir los efectos nocivos de las drogas: las formas de desinfección y recambio de los equipos de inyección, riesgos de sobredosis, efectos de las drogas y formas seguras de inyección, la adopción de prácticas menos dañinas, pasajes de sustancias más tóxicas a menos tóxicas, cambio de vía de administración, reducción del policonsumo, regulación de dosis y frecuencia, pasando por la oferta de dispositivos de tratamiento de

umbral mínimo de exigencia (que no establezcan como precondition para el inicio del tratamiento la exigencia de privación de sustancias), hasta la inclusión de dispositivos de mayor exigencia tales como los tratamientos de sustitución exclusivamente destinados a los usuarios de opiáceos y opioides, son algunos de los temas principales que aborda.

El modelo no se limita, sino que busca expandirse a ámbitos de la comunidad general, buscando entablar contacto con usuarios de drogas e instituciones asistenciales públicas abiertas, actuando como mediador dispuestas a escuchar y tratar a las personas estén o no abstinentes de drogas.

Varios son los países que aún oponen resistencia a incluir políticas de salud que aborden el modelo de reducción de daños, actualmente sigue sin ser una política oficial por parte de la SEDRONAR, señalando como obstáculos algunos de los siguientes: mitos sobre la droga, los miedos a la legalización, la jeringa, la existencia de instituciones asistenciales estandarizadas (Inchaurraga, 1999), entre otras cuestiones; en todos los casos, sin reconocer la valiosa importancia de intervenir mitigando los daños biológicos, psicológicos o sociales del consumo de sustancias y los riesgos confluentes inherentes a la exposición, aunque el usuario de drogas se mantenga activo, como lo mencionan Antelo & Diz (2015).

2.6 Rol del psicólogo en relación con el consumo problemático de drogas

Además de detallar los paradigmas de abordaje desde las Políticas Públicas, es indispensable describir cual es el rol del profesional de la psicología frente a los diferentes abordajes mencionados.

En un principio el abordaje del consumo problemático de drogas se realizaba a base de pruebas de ensayo acierto-error y la formación de los profesionales iba en la mayoría de las ocasiones por detrás de esa praxis. Este abordaje, en sus inicios, fue una práctica y actividad llevada a cabo por los usuarios de drogas, que luego se fue profesionalizando y se formalizaron los espacios de reducción de daños con agentes del sistema de salud. En este sentido y en un primer momento la formación estaba estructurada en base a las sustancias, a las características de los usuarios, o en relación a los ambientes donde se producía, siempre con cargas negativistas y culpabilizantes.

13

El consumo problemático de drogas derivó en la necesidad de contar con más profesionales y de variadas especialidades para lograr hacer frente a las nuevas realidades que se configuran en torno a las personas drogadependientes, con la idea de conformar un corpus teórico y de experiencias, fruto del intercambio entre distintos actores.

El rol del psicólogo, en cuanto al consumo problemático de drogas ha tenido un desarrollo paralelo al de la especialización de este ámbito de trabajo, de hecho que no se ha unido a una intervención ya conformada, sino que trabaja constantemente en contribuir al desarrollo de acciones personalizadas.

2.6.1 El trabajo en el sistema de salud público desde el paradigma de la reducción de daños

Pensar una propuesta de trabajo desde el sistema de salud público, enlazado a una política de salud centrada en la Reducción de Daños, resulta trascendental para poder trabajar con personas que no quieran o no puedan dejar de consumir. A partir de un tratamiento psicológico individual, de bajo umbral de exigencia, se espera que el

abandono o disminución del consumo de las sustancias –en caso de que lo hubiera-, se logre a partir del respeto por la voluntad y los tiempos subjetivos del paciente. Se trataría de un trabajo en vano el intentar “rehabilitar” al usuario, sin haber motivado un corrimiento subjetivo por parte de este último.

El modelo de reducción de daños se vería enriquecido por el aporte del psicoanálisis, tomando como referencia el aporte de Inchaurreaga (2015) donde se prueba la implicancia subjetiva del usuario de drogas en su práctica de consumo, lo que implicará variar la reducción de daños según cada caso. Es pertinente aclarar, que la reducción de daños puede funcionar por fuera de un tratamiento psicoanalítico, ya que no necesariamente se necesita la existencia de un movimiento subjetivo, sino que es una alternativa también para aquellos que no llegan a una instancia terapéutica.

Podemos contrastar con las comunidades terapéuticas o instituciones que se basan en el enfoque abstencionista, donde el acento es puesto en la sustancia como principal causa de la problemática social y familiar de la persona afectada, como así también en la rehabilitación y en el juicio moral por parte de terceros (profesionales y pares dentro del grupo terapéutico). Desde esta perspectiva terapéutica, se restringe la posibilidad de que haya una emergencia del orden de lo subjetivo, ya que se basan solo en lo fenomenológico y observable.

Siguiendo el discurso del psicoanálisis, se piensa un tratamiento que va más allá del hecho del consumo. Se configura una clínica que apuesta a dar la palabra a quien se acerca a consultar, extendiendo con ello la posibilidad de poner en acto la regla fundamental del psicoanálisis: que el paciente hable de lo que se le ocurra, con la necesaria atención parejamente flotante, en suspenso de todo juicio moral, exigida a quien se encuentre en el lugar del analista.

En el ámbito del sistema de salud público, no debe pensarse que toda consulta implicará un trabajo clínico, entendido en términos tradicionales, tal como afirma Sauval (1999): La oferta de análisis no es una respuesta válida para cualquier demanda. La oferta de análisis solo puede tener sentido ante una verdadera "demanda de análisis". Esto significa que no toda consulta ni deseo de terapia implica un análisis psicoanalítico, incluso habiendo movimientos subjetivos, formaciones del inconsciente, transferencias, que son elementos básicos del psicoanálisis. Esto no implica que necesariamente se esté en la dimensión de un análisis. En algunos casos solo se requerirá, en una primera instancia, una entrevista de admisión, previo al eventual trabajo clínico, que es la posibilidad de ofrecer información clara, concisa, segura y redactada de manera amigable constituyendo un acercamiento al paciente, además de una estrategia de reducción de daños, sin que necesariamente implique un trabajo terapéutico con la persona que consulta. Esto permitirá que aquello que se presenta como alarmante y que empuja a consultar sea recibido de manera tal que no resulte expulsivo ni discriminatorio. La idea es que la entrevista de 14

admisión sea algo más que un espacio estructurado, donde solo se pidan datos personales y se llenen formularios administrativos y burocráticos propios de efectores o instituciones, sino que funcione como un espacio de contención ante la consulta y el malestar que aqueja al consultante, y que además se pueda desplegar uno de los fundamentales objetivos del modelo de la reducción de daños: acercar e invitar al sujeto usuario de sustancias al sistema de salud, del que tantas veces fue desalojado por políticas prejuiciosas y expulsivas.

El rol de psicólogo en el espacio público debe hacer lugar a la singularidad dentro de la lógica del sistema de salud predominante, que propone las mismas respuestas para los mismos síntomas o signos, generando la segregación como consecuencia de una homogeneización sin diferencias ni límites.

2.7 Instituciones públicas que trabajan desde la Reducción de Daños

Tal como se mencionó en los paradigmas de abordaje, los principios de la Reducción de Daños a los que actualmente se adhieren muchos profesionales y entendidos en la materia, son producto de abordajes empíricos, en donde a base de pruebas de ensayo y error se fueron instalando conceptos como la idea de garantizar la atención en el sistema de salud, el reconocimiento de la capacidad de las personas que usan drogas para desarrollar formas de cuidado, así como modificar prácticas de riesgo, a la vez que se fue dando la posibilidad de incluir a las personas que usan drogas en el diseño y la implementación de programas junto con los trabajadores de las diferentes disciplinas en una posición más igualitaria, flexible y participativa en la toma de decisiones.

A fin de avanzar en el conocimiento de la aplicación de la estrategia de reducción de daños, se caracterizan brevemente el trabajo que llevan adelante dos instituciones públicas, una ubicada en Rosario, provincia de Santa Fe, y la otra perteneciente a la provincia de Buenos Aires.

2.7.1 Servicio Asistencial en Drogadependencias y SIDA (SADyS)

El SADyS se creó en 1995 mediante un convenio entre la Universidad Nacional de Rosario (UNR) y el Centro Regional de Salud Mental Agudo Ávila de Rosario. Dicho servicio se encuentra integrando la unidad ambulatoria de apoyo técnico matricial de especialidades, resultando el único servicio público con sus características en la provincia: el SADyS ofrece atención y asistencia psicológica a personas con consumo problemático de drogas, legales e ilegales, con una modalidad individual, ambulatoria y "de bajo umbral de exigencias". En sus primeros folletos, se presentaba como una alternativa "para las personas que quieren dejar la drogas, las que no pueden dejarlas y las que no quieren hacerlo", conocido actualmente como el paradigma de reducción de daños.

El SADyS está conformado por un equipo interdisciplinario que integra Psicólogos, Médicos, Psiquiatría, colaboradores, concurrentes, residentes y pasantes, quienes desempeñan diversas funciones en el campo de la investigación, formación, capacitación, asistencia y también prevención y reducción de daños con población usuaria de drogas.

En el SADyS, las actividades llevadas a cabo desde el modelo de Reducción de Daños, no se focalizan en reducir los riesgos biológicos y orgánicos asociados al consumo, sino que abordan la perspectiva de los daños sociales y subjetivos asociados a los usos de drogas, incluyendo políticas públicas sociales, sanitarias, legislativas, administrativas de carácter represivo. Asimismo, se entiende que la posibilidad de iniciar un tratamiento no constituye un ideal a alcanzar, sino que se articula con otras instancias de consultoría, consejería, asesoramiento, acompañamiento y contención que se inscriben en espacios, talleres, y demás modalidades que pueden adoptar las diversas intervenciones planificadas en función de los emergentes que se presentan en el trabajo en terreno. El CEADS - UNR (Centro de Estudios Avanzados en Drogadependencias y SIDA, perteneciente a la

Universidad Nacional de Rosario) ha gestionado y coordinado en la última década Programas de Reducción de Daños dirigidos a población en asentamiento urbanos irregulares, jóvenes, personas privadas de la libertad, trabajadoras sexuales, etcétera, como explica Curutchet (2012), tales proyectos se articulan al trabajo clínico del SADyS, siendo un ejemplo de la relación con lo comunitario. El dispositivo de consejería se

articula con los proyectos en terreno. Esto nació a partir del trabajo de la inserción de los usuarios de drogas, mediante talleres, en el espacio mismo del Centro Regional de Salud Mental Agudo Ávila. Los profesionales de la psicología del SADyS, pertenecen a un departamento clínico, desde el cual se ofrece atención y asistencia psicológica a aquellas personas que se encuentren interesadas en iniciar un tratamiento debido a problemáticas asociados a los usos de drogas y/o al vivir con VIH/SIDA y/o ETS. Se funda en la singularidad de cada caso particular, entendiendo que no siempre un tratamiento será posible (Inchaurrega, 1999). A tal fin cuenta con un espacio propio de admisión articulado con un espacio de consejería y asesoramiento apuntalado en el modelo de reducción de daños asociados a usos de drogas (Curutchet, 2012).

2.7.2 Centro de asistencia a las adicciones Carlos Gardel

Se trata de un centro de atención interdisciplinaria ambulatoria de personas con problemas de consumo de sustancias, que se desempeña en el ámbito de la ciudad de Buenos Aires. El mismo fue creado en 1994 y se dedica específicamente a la asistencia de personas con problemas vinculados al uso de drogas, y es un efector de la RMSA, Red Metropolitana de Servicios en Adicciones del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Desde el año 2018 funciona de manera integrada en el CEMAR 1. Está formado por profesionales de la psicología, el trabajo social, la psiquiatría y latoxicología.

Dentro del campo del consumo problemático de sustancias, este centro desarrolla actividades de asistencia clínica en el segundo nivel de atención, asiste a otros efectores para la realización de intervenciones preventivas comunitarias, y realiza talleres, seminarios y cursos, en donde difunde acciones asociados a la reducción de daños

El Centro Carlos Gardel marcó precedente en el trabajo de reducción de daños, el centro detectó que, aun contando con los profesionales, con las instalaciones, y con otros recursos materiales, el problema era que la gente no se acercaba, por lo que iniciaron un proceso que incluía recorrer las zonas más afectadas y acercarse a las personas que individualizaban como consumidoras problemáticas.

Quevedo (2014), psicoanalista, explicó que este nuevo paradigma planteado por el Carlos Gardel desarrolla estrategias de intervención que tienen que ver con lo que el otro puede sostener.

Durante los primeros años contó con un dispositivo clínico de Hospital de Día. Actualmente, la asistencia de los profesionales, entre ellos, de la psicología, implementa una modalidad de atención ambulatoria ampliada pues articulan tratamientos individuales, grupales, abordados en forma interdisciplinaria. Estos dispositivos están enmarcados desde el psicoanálisis y, en el campo de las políticas públicas sanitarias y sociales, desde el paradigma de reducción de daños.

Además, se desarrollan actividades colectivas articuladas con la comunidad por la vía de sus organizaciones e instituciones.

2.7.3 Reflexiones

Como se pudo apreciar en ambos casos reseñados, las estrategias de reducción de riesgos implican un conjunto de medidas socio-sanitarias, individuales o colectivas, que pretenden disminuir los efectos negativos asociados con el consumo problemático de las drogas. En este contexto el rol del psicólogo tiende a diversificar sus funciones hacia una oferta asistencial, desarrollando nuevas modalidades terapéuticas o nuevos dispositivos

de carácter psicosocial, a partir de reconocer que el uso lícito o ilícito de drogas forma parte de nuestro mundo, y resuelve ocuparse de minimizar los efectos perjudiciales, más que limitarse a condenarlos o ignorarlos.

Se evidencia entonces, que el rol del psicólogo adopta también acciones comunitarias trabajando en terreno, desde los hospitales, pero actuando como una amplificación hacia la comunidad. Su función es histórica y social, y se encuentra mediado por la institución concreta en la que trabaja, con su organización, sus características, su cultura, etc.

En ambas instituciones reseñadas y en sintonía con el modelo de reducción de daños, se ve como estas dos instituciones reflejan la importancia que tiene la articulación entre el efector público y la comunidad, la vinculación con las actividades en terreno y el compromiso que asumen con lo comunitario y no solamente con la clínica en consultorio. Promoviendo la vinculación del sistema de salud – y sus miembros - con la comunidad, abordando problemáticas emergentes y favoreciendo al desarrollo a través de políticas de acción concretas.

3. Conclusiones

Evolucionar como seres humanos y como sociedad implica progresar en líneas de pensamiento y en acciones proactivas que demuestren una toma de consciencia de las situaciones que interpelan, en la búsqueda continua del bienestar común.

En relación a lo anterior, y asumiendo el consumo problemático de drogas desde una mirada integral, debe asumirse que el mismo resulta un campo complejo y multicausal que implica llevar adelante acciones acordes a esa complejidad. En la Argentina, una muestra de que la situación es continuamente abordada, es el tratamiento legislativo que se le atribuye, en principio estableciendo la Ley N° 23.737 que evidencia resistencias, castigos y penas de tipo obsoletas, ubicando al consumo de sustancias como un delito, culpabilizando al consumidor, mientras que posteriormente la Ley N° 26.657 situó a las adicciones como una problemática de Salud Mental estableciendo que las adicciones

deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de ese sector, legitimando su inclusión social.

En esa línea, fueron abordados en el presente ensayo dos modelos asistenciales como instrumentos metodológicos en respuestas al consumo problemático, pero contrapuestos entre sí, los que fueron gestados cronológicamente según la adopción del pensamiento que se tuvo respecto a la problemática. El modelo abstencionista asociado principalmente con eliminar el objeto como causa del problema, y como requisito para el inicio de un tratamiento basado en la resistencia al consumo. Y posteriormente, el modelo de reducción de daños, con un enfoque preventivo y asistencial, asociado a la acción educativa y sanitaria como puntos centrales para favorecer la disminución de los daños y riesgos del consumo. Estos modelos conviven en la actualidad, ya que aún existen instituciones monovalentes y centros basados en el abstencionismo, a pesar de lo que señala la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, en relación al artículo 27:

Queda prohibida por la presente ley la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados. En el caso de los ya existentes se deben adaptar a los objetivos y principios expuestos, hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos. Esta adaptación y sustitución en ningún caso puede significar reducción de personal ni merma en los derechos adquiridos de los mismos. (Ley 26.657, 2010)

Centrándonos en el modelo de reducción de daños, se destacó su vigencia, ejemplificando el tratamiento en terreno con el caso de dos hospitales públicos que lo implementan. Finalmente, se propone considerar al psicólogo como un elemento clave como agente de la salud pública, en la búsqueda constante de la modificación de los conocimientos, actitudes y comportamientos de los individuos con problemas de consumo. Se le presentan al profesional de la psicología, nuevos desafíos y posibilidades de abordar a los que no quieren o no pueden dejar de consumir, nuevos campos de acción en relación a lo comunitario, una posible reformulación del hospital público, que no se limita a las paredes del consultorio, sino que, se extiende y se vincula al hospital con su comunidad, y por último, se considera inminente la necesidad de cubrir las áreas de vacancia de la formación del profesional de la psicología, sobre las políticas públicas, las legislaciones y lo comunitario.

Como resultado del desarrollo del presente ensayo, considero oportuno dejar abierta el área y algunos interrogantes para futuras investigaciones sobre ciertos aspectos particulares de las prácticas del psicólogo en las instituciones públicas, por ejemplo, cuestiones vinculadas a la formación de profesionales de la psicología, la cuestión de la ética y la inserción del profesional de la psicología en el sistema de salud público y en equipos interdisciplinarios, entre otros interrogantes a trabajar. En este sentido, siguiendo la idea de Lacan (1988) "Mejor pues que renuncie quien no pueda unir a su horizonte la subjetividad de su época" (p. 209), resultando un imperativo ético, captar la subjetividad y la necesidad del contexto social y actual, y por lo tanto, estar a la altura.

Referencias bibliográficas

Antelo, V., I. M., & Diz, A. M. M. (2015). Prácticas y sentidos de los riesgos: el autocuidado en los consumidores de drogas. Argumentos. Revista de Crítica Social.

Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2014). Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos. En el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM V). Quinta edición. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

- Augsburger, C. (2002). "De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en Salud Mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave" en Cuadernos Médico Sociales nº 81. Rosario: CESS.
- Berenbaum, L.; Eguidazu, S.; Reciniello, P.; Rodriguez, M. (2016). Psicología del Desarrollo y de la Subjetividad. Recuperado de:
[http://wiki sociales.uba.ar/wiki/psicologia-del-desarrollo-y-de-la-subjetividad/#:~: text=El%20concepto%20de%20subjetividad%20hace, de%20la%20 vida%20del%20sujeto.](http://wiki sociales.uba.ar/wiki/psicologia-del-desarrollo-y-de-la-subjetividad/#:~:text=El%20concepto%20de%20subjetividad%20hace,de%20la%20vida%20del%20sujeto.)
- Bleichmar, S. (1999). "Entre la producción de subjetividad y la constitución del psiquismo". En Revista del Ateneo Psicoanalítico N° 2, Buenos Aires.
- Brandone, C. (2016). La tenencia de estupefacientes para consumo personal en el régimen jurídico argentino. Universidad Empresarial Siglo XXI. Recuperado de <https://repositorio.uesiglo21.edu.ar/bitstream/handle/ues21/12811/BRANDONE%20CARLOS%20MANUEL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Camaroti, A. y Kornblit, A. (2014). Abordaje integral comunitario de los consumos problemáticos de drogas: construyendo un modelo. CONICET. Recuperado de <https://www.scielosp.org/article/scol/2015.v11n2/211-221/>
- Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires (2018). Documento sobre la Ley de Salud Mental. Recuperado de:
https://www.colpsibhi.org.ar/novedades/documento_ley-de-salud-mental.
- Cordeiro, A.; Galante, A. y Rossi, A. (2014). Personas que usan estupefacientes en Argentina. Una matriz "prohibicionista-abstencionista". Recuperado de <http://cosecharoja.org/wp-content/uploads/2014/06/argentina-usuarios.pdf>
- Dongui, A. & Vázquez, L., compiladoras. (2000). Adicciones. Una clínica de la cultura y su malestar. Bs As: JVE ediciones.
- Ferrara, F. (1985). "Conceptualización del campo de la salud. Teoría social y salud". Catálogos Editora.
- Freud, Sigmund. 1987. Carta 52 (1896). Obras Completas. Amorrortu editores; Buenos Aires; 8° reimpr.
- Gil Juárez, A. y Feliú, J. (2010). El consumo como manera de estar en el mundo. Universidad de Barcelona. Recuperado de http://www.infocop.es/view_article.asp?id=2751

Recuperado de <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/595/580>

Inchaurreaga, S. (1999). Políticas de Salud en Drogadependencias (pp. 186-202). En J. Dobon y G. Hurtado (Comps.) Las drogas en el siglo... ¿qué viene? Buenos Aires: FAC.

Inchaurreaga S. (1999). La reducción de daños en Argentina, Necesidades, mitos y obstáculos en "Drogas y Políticas Públicas; El modelo de Reducción de daños" Ed. CEADS-UNR, Rosario.

Inchaurreaga S. (2009). Manual de Derechos humanos y uso de drogas, CEADS, ARDA, Rosario.

Inchaurreaga S. Siri P. (1999b). Uso de drogas inyectables y VIH en Rosario (Argentina), Fundamentos para la reducción de daños en Adicciones. CEADS, ARDA, Rosario.

Inchaurreaga S. y otros (2004). Las drogas entre el fracaso y los daños de la prohibición. Nuevas perspectivas en el debate despenalización / legalización. Rosario, Ed. ARDA, CEADS.

Inchaurreaga, S. (2015). Tesis doctoral. Uso de drogas y Reducción de Daños. Estudio sobre la construcción de lazos sociales y sus efectos subjetivos en usuarios de drogas en un Programa. UBA. Argentina.

Inchaurreaga, S. Escudero, M. Trinchero, N. Siri, P. Coronel, M. Rodríguez, M. Michelli, E. y Trinchero, R. (Eds.). (2002). "Drogas: haciendo posible lo imposible". Rosario. Ed. Amalevi.

Kameniecki, M. (2012). Las toxicomanías en la época: el recurso a las drogas en las sociedades contemporáneas. Recuperado de: <https://17edu.org/las-toxicomanias-en-la-epoca-el-recurso-a-las-drogas-en-las-sociedades-contemporaneas/>

Kuhn, T.S. (1962). La estructura de las revoluciones científicas. México D.F. F.C.E.
Lacan, J (1952). "Función y campo de la palabra y del lenguaje en el psicoanálisis", Escritos 1, Buenos Aires: Siglo XXI, 2008.

Lacan, J. (1985). Escritos 1. Buenos Aires: Siglo XXI.

Ley N° 26.924. Plan Integral para el abordaje de los Consumos Problemáticos. Boletín Oficial N° 26924. Buenos Aires, Argentina, 28 de mayo de 2014.

Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26.657. Boletín Oficial N° 22041. Buenos Aires, Argentina, 2 de diciembre de 2010.

Ley sobre Tenencia y tráfico de estupefacientes N° 22.727/89. Boletín Oficial N° 26.727. Buenos Aires, Argentina, 11 de octubre de 1989.

Mendoza Carmona, Y. (2017). Factores psicosociales asociados al consumo y adicción a sustancias psicoactivas. Revista Electrónica de Psicología Iztacala. 20, (1). Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-202017/epi171h.pdf>

Morin, E.: (1999). Los siete saberes necesarios para la educación del futuro. París:

UNESCO.

- Negreiros, J. (2018). Entrevista a Jorge Negreiros sobre adicciones. Recuperado de <https://puntoedu.pucp.edu.pe/entrevistas/las-causas-de-las-adicciones-involucran-factores-biologicos-psicologicos-y-sociales/>
- Organización Mundial de la Salud (2018). Glosario de Promoción de la Salud: Sección I: Lista de términos básicos. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf?sequence=1
- Pascual, F. (2002). Percepción del alcohol entre los jóvenes. *Adicciones*, 14 (1), 123-131.
- Pedrero, E. y Rojo, G. (2008). Diferencias de personalidad entre adictos a sustancias y población general. Estudio con el TCI-R de casos clínicos con controles emparejados. *Adicciones*, 20 (3), 251-261
- Programa de Formación (2012). Servicio Asistencial en Drogadependencias y SIDA dependiente de CEADS - UNR.
- Sauval, M. (1999). Psicoanálisis y práctica hospitalaria. La demanda. Presentación en el Seminario El psicoanalista y la práctica hospitalaria. Recuperado de <http://www.sauval.com/articulos/hospital2.htm>
- SEDRONAR (2014). Estudio local de consumos problemáticos y accesibilidad. Recuperado de http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/EstudioZLocalZdeZConsumosZProblematicosZyZAccesibilidad.ZBerrissoZProvinciaZdeZBuenosZAires.ZAoZ2014_2.pdf
- Stolkiner, A. (2005). "Interdisciplina y Salud Mental". X Jornadas Nacionales de Salud Mental. I Jornadas Provinciales de Psicología. Salud Mental y Mundialización: estrategias posibles en la Argentina de hoy. Posadas, Misiones, Argentina.
- Stolkiner, A. (2012). Entrevista a Alicia Stolkiner sobre el consumo problemático de drogas. Recuperado de <https://youtu.be/nfTWk4iJAoA>
- Torres de Galvis, Y., Posada Villa, J. y Berbesi, D. (2010). Factores asociados al abuso y la dependencia de sustancias en adolescentes colombianos, con base en los resultados del WMH-CIDI. *Rev. Colomb. Psiquiat.*, vol. 29. 112-122. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v29s1/v29s1a08.pdf>
- Touzé, G. (2010). Prevención del consumo problemático de drogas. Un enfoque educativo. Buenos Aires: Ministerio de Educación - Troquel.
- Vázquez, A. (2008). El problema de la droga dependencia: modelos de abordaje, dispositivos de atención y paradigmas. XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Velazquez, D. (2016). Programas de reducción de daños en las adicciones, un dilema ético. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-21

43812016000400017

Quevedo, S. (2014). Se puede salvar muchas vidas conociendo el entorno y la realidad del adicto. Recuperado de: <https://msptucuman.gov.ar/se-puede-salvar-muchas-vidas-conociendo-el-entorno-y-la-realidad-del-adicto/>

