

Índice:

Resumen.....	2
Introducción.....	3
Malestar en la cultura como parte inherente del sujeto.....	6
¿Enfermedad, problemática de consumo o usuario de sustancias?.....	9
Un breve recorrido sobre el contexto de implementación de la Ley de Salud Mental.....	14
Reflexiones finales:	
¿Qué hay detrás de la sustancia?.....	19
Referencias bibliográficas.....	21

Resumen:

El presente ensayo tiene por objetivo abordar el rol del psicólogo en el abordaje del consumo de drogas, desde el discurso de reducción de daños, en contraposición al discurso abstencionista. Las drogas siempre existieron, formaron parte de diferentes prácticas culturales, religiosas y sociales, sin que el consumo de éstas sea significado como problemático por parte de la mirada social, como sí lo es en la actualidad. Se toma como punto de partida la concepción de consumo como tal, sin considerarlo como problemático, partiendo del uso que las personas hacen de la droga.

Al mismo tiempo se pone énfasis en la distinción necesaria entre el discurso abstencionista y la reducción de daños, marcando diferentes formas de tratamiento con los usuarios de drogas, y en torno a ello se aborda el marco de la legalidad e ilegalidad de dicho consumo.

Se remarca la importancia de la realización de un abordaje con posibles estrategias de intervención a partir de aquello que perturbe o aqueje a la persona que llega a la consulta, sin que esto sea necesariamente el consumo de drogas, en caso de que lo sea, es importante ofrecer la información de una forma amigable, sin la utilización de un lenguaje técnico.

Palabras claves: usuario de drogas, consumo, droga, abstencionismo, reducción de daños.

Introducción.

Desde el comienzo de la carrera reflexioné sobre la temática del consumo de drogas, dándole gran importancia. En el ámbito laboral tuve la oportunidad de integrar un equipo interdisciplinario en un centro donde se llevan a cabo tratamientos por el consumo de drogas, lo que me permitió la elaboración de nuevos posicionamientos, posibilitando la participación en capacitaciones, Congresos, cursos, sobre el consumo de drogas, quitando así mis prejuicios sobre la temática. A partir de ello, comencé a considerar al usuario, entendiéndolo como aquella persona que consume drogas en un momento dado, en determinados lugares, en grupo o en soledad, con la capacidad de poder expresar lo que le sucede, como un sujeto de derechos. Comprendo esta categoría conceptual, como aquellas personas a quienes se le pueden imputar derechos y obligaciones a través de la ley; todas las personas son sujetos de derechos (Porto y Merino, 2014). Mediante la práctica profesional supervisada, en el área de adicciones, realizadas en el curso de la carrera, aparecen nuevos interrogantes: ¿una persona elige el consumo como una forma de evitar sus problemas? ¿Podría interpretarse como una enfermedad? De ser así, entonces ¿tiene cura?

Cabe destacar que no existen respuestas únicas a dichas preguntas, sin embargo éstas permiten establecer miradas alternativas desiguales y significativas, para el abordaje del consumo de drogas. Por un lado el abstencionismo que plantea el consumo de drogas estrechamente vinculado al concepto de enfermedad (Vázquez, 2008), por otro lado la reducción de daños, discurso que posiciona al usuario de drogas como sujeto de derechos y con capacidad para poder decidir sobre su posible tratamiento (Goltzman, 2016).

Estos discursos, entendidos como dos posicionamientos teóricos y prácticos desiguales, permiten la aparición de posibles formas de tratamientos para aquellas personas que hacen uso de las drogas, a través de diferentes estrategias de intervención. Si bien consideran al consumo como problemático, creo importante para el desarrollo de este trabajo, desplegar cómo lo define cada uno de ellos. Para el discurso abstencionista, el consumo en todas sus matices es problemático, el requisito para comenzar un tratamiento de esta índole es que el usuario debe dejar de consumir (Vázquez, 2008). Por otro lado, la reducción de daños, plantea al consumo como problemático, y por ello ofrece estrategias de intervención, siendo una de ellas brindar información a los usuarios de drogas para que este consumo sea menos dañino para su organismo, se brindan terapias menos rígidas, en los casos en que así se requiera (Velázquez Benítez, Friman Rodríguez y González García 2016). A partir de este concepto me surge un nuevo interrogante: ¿para quién es problemático el consumo?

En este trabajo, intento describir el concepto de consumo como tal, quitándole el adjetivo de 'problemático'. De mantenerlo estaría generalizando a los usuarios de drogas, sin que pueda observar cada caso particular. Asocio lo 'problemático' a las conductas de exclusión social y condena moral que reciben los usuarios por dicho consumo, aunque no en todos los casos, tal es así que el consumo de determinadas sustancias como el café, el tabaco, el alcohol, en términos generales, no resultan problemáticos para la mirada social. Sin embargo es posible pensar que a pesar de encontrarse dentro del marco de la legalidad, quienes hacen uso de estas sustancias puedan o no generar dependencia en quienes las consumen.

De acuerdo a lo que expresé, quisiera plantear que las drogas siempre existieron, fueron parte de prácticas religiosas, culturales y el uso no siempre fue percibido como problemático, tratándose de sociedades y culturas diferentes (Osuna Fuentes, 2005). No obstante, en la actualidad las drogas encuentran otro lugar. Tomo el concepto de droga como aquella que produce modificaciones en una o varias funciones del organismo, dependiendo del usuario y de la droga que consume (Martínez, 2015).

A partir de ello la Organización Mundial de la Salud [O.M.S.] realiza la clasificación de las diferentes formas de consumo (O.M.S, 1982, como se citó en Kornblit, Camarotti y Di Leo, 2016):

- Experimentación, aquella persona que guiada por la curiosidad, se anima a probar la sustancia, lo cual puede llevar a continuar el consumo o interrumpirlo.

- Uso, este concepto refiere a aquellas personas que hacen uso de la droga en determinados momentos, situaciones o con determinadas personas, pero que esto no tiene que ver con la dependencia de la misma.
- Abuso, sucede cuando ya no hay un uso episódico, sino que se vuelve rutinario. - Adicción, cuando se rompen los lazos sociales, familiares, laborales, entre otras. Se torna difícil la abstinencia. Hay cierta dependencia orgánica del usuario con la sustancias (O.M.S, 1982, como se citó en Kornblit, Camarotti y Di Leo, 2016).

La OMS hace referencia al *uso* de drogas, lo cual podría asociar al consumo ocasional o recreativo; es decir, a aquel que no genera dependencia, pero sí modificaciones en el organismo. Sin embargo conlleva problemas de índole social, como rechazo o exclusión de quien consume, ya sea de su entorno familiar, amistades, entre otras. Las drogas legales generan mayor tolerancia a nivel social a diferencia de las ilegales (Caudevilla Galligo, 2007), por ello observo que por ejemplo, un fin de semana, en un contexto determinado, por ejemplo en un boliche, bar o pub, aparece como una conducta esperada ver una persona alcoholizada, siendo extraño e impactante para la mirada social que una persona consuma drogas ilegales. A partir de lo dicho anteriormente, surgen diferentes interrogantes. ¿Por qué la sociedad lo considera como problemático? ¿Es por su ilegalidad? Es importante aclarar que cada sustancia tiene sus propiedades y efectos determinados. A pesar de producir efectos a nivel fisiológico, creo importante aclarar que sólo adquiere importancia para la persona en la medida en que cumple una determinada función, ya sea para enfrentar un conflicto, como para experimentar sensaciones placenteras, en el marco de un contexto social que le da un significado concreto.

Desarrollo.

Malestar en la cultura como parte inherente del sujeto.

A partir del escrito “Malestar en la cultura” de Freud (2011), intento realizar una contextualización teórica para poder desplegar la temática que quiero abordar. Me parece importante desarrollar la discrepancia entre las ideas y el accionar de los sujetos en los diferentes ámbitos de su vida, para ello considero importante, en el momento que una persona llega a la consulta, poner atención en aquello que lo aqueja, perturba o trajo a la consulta, para de esta manera elaborar estrategias de intervención posibles, con respecto a la singularidad de cada persona, sin que eso desencadene en un tratamiento.

Las personas buscarán la manera de poder soportar el malestar inherente en la cultura (Freud, 2011). A partir de ello, Freud (2011) plantea que hay tres tipos de lenitivos: distracciones que hacen que nuestras miserias sean más pequeñas, satisfacciones sustitutas que las reducen y narcóticos que nos tornan insensibles a ella.

En torno a este punto me surge la posibilidad de pensar que las personas podrían, por un lado decidir qué hacer con este malestar, y por otro lado pensar en qué prácticas encuentran para poder soportar el malestar inherente en la cultura. Y en este último quiero hacer mayor énfasis, ya que es el que intento desplegar en éste escrito. Entre las prácticas que se eligen surge la posibilidad del consumo de drogas como una forma en que las personas hacen uso, ya sea ocasional o frecuente de la droga para, de esta manera poder tolerar el malestar que encuentran en la cultura, disminuyendo el dolor, displacer, cómo esto afecta en la vida de cada persona, generando grandes cantidades de placer. Siendo, de esta manera, responsables de estas elecciones.

Freud (2007), plantea que la responsabilidad remite a la disposición de cada uno a elaborar aquello que del inconsciente se juega en un lapsus, un sueño, un acto fallido. Es decir, a un acto de hacerse cargo de aquello que irrumpió en tanto no puede descontarse de aquel a quien le ocurrió, ni de su historia. Explica esta categoría conceptual desde las formaciones que responden al inconsciente. De hecho, el lapsus, el sueño, el acto fallido, el tropiezo en el decir, *“es así como la instancia yoica se defiende de esa responsabilidad”*, por ejemplo cuando una persona tienen un lapsus expresa no haber querido decir eso (Gómez, 2009).

“Si pretendo clasificar, de acuerdo con cánones sociales, en buenas y malas las tendencias que en mí se encuentran, entonces debo asumir la responsabilidad para ambas categorías, y si, defendiéndome, digo que cuanto en mí es desconocido, inconsciente y reprimido no pertenece a mi yo, entonces me coloco fuera del terreno psicoanalítico” (Freud, 2007)

A partir de la definición planteada por Freud (2007), tomo lo expresado por Migdalek (2009), quien plantea que respecto al uso que hacen las personas de la droga, desde el discurso de reducción de daños, se define la categoría conceptual de responsabilidad desde el ‘consumo responsable’. Poner atención en la singularidad de cada caso, centrando la atención en aquello que la persona trae a la consulta, posibilita que el usuario pueda hacerse responsable de sus actos, como así también de sus decires, sin que esta responsabilización sea consciente.

Freud (2011), denomina a la droga como *quitapenas*, haciendo uso de ella la persona evita el dolor, sufrimiento o conflictos. Sin embargo considero que el consumo de drogas no se reduce a ello, al tomarlo así no se podría observar la singularidad de cada caso.

“A su vez nos es mucho más difícil evitar el sufrimiento, el cual nos amenaza de tres maneras: el propio cuerpo, el mundo exterior y por último, las relaciones con los otros seres humanos, la felicidad aparece limitada por nuestra constitución.” (Freud, 2011; pp.16-17).

Puedo observar diferentes formas de evitar el sufrimiento. Entre ellas se encuentra el alejamiento, aislamiento del entorno, consumo de drogas, entre otras. En este trabajo quiero hacer principal hincapié en el consumo de drogas como una forma de hacerlo. Sin embargo

quiero aclarar que no siempre lo considero como una forma de evitar el sufrimiento, tampoco alejamiento, ya que en determinados casos se lleva a cabo en grupo, o para sostener relaciones interpersonales, entendidas como el vínculo o lazo entre personas, ya sea con su grupo de pares, familia, o relación de pareja, de esta manera el consumo de drogas es considerado como una forma de experimentar sensaciones placenteras.

Freud (2011), plantea que la intoxicación oficia, a modo de 'muleta', para proporcionar cierto orden de evitación, lo cual permite, justamente, evitar el sufrimiento, dolor, conflictos, entre otras. Aunque lo defina de esta manera, no lo hace como el discurso abstencionista, sino como un método para evitar el sufrimiento o soportar el malestar que encuentran en la cultura, expresa que la droga genera modificaciones en el organismo de quien hace uso de ésta para obtener sensaciones placenteras.

En cambio, el discurso abstencionista, con el cual no concuerdo, plantea el concepto de intoxicación como una conducta adictiva. La define como aquel comportamiento que ocupa un lugar central en la vida de la persona que consume drogas, a su entender, consideran al usuario como irresponsable por el uso que hace de la droga, se centra, a diferencia de lo planteada anteriormente, en la consciencia, de modo que le exigen a quien hace uso de la droga que reconozca su consumo, y demanda que deje de hacerlo. Además considera que el estado de intoxicación que provoca el consumo de drogas es, el uso repetido y continuo de la droga, aumento de la dosis, dependencia y efectos nocivos para la persona que hace uso de ella (García Ortega, 2013).

Pienso que no siempre la droga genera intoxicación, sino que va a depender de la particularidad de los casos, la droga que se haya consumido, la cantidad y la calidad de la misma, entiendo además que no sólo las drogas ilegales podrían generar intoxicación, sino que otras sustancias legales podrían generarla, por ejemplo, el alcohol.

Considero importante aclarar que esta conceptualización lleva a reducir el consumo a la droga en sí misma, dando importancia a la cantidad, calidad y frecuencia de su consumo, ésta coloca el consumo como causante de las elecciones, decisiones y responsabilidades de las personas. En cambio pensándolo como una persona que hace uso de la droga en diferentes momentos, contextos, en grupo o en soledad, se lo coloca como una persona con capacidad de decisión y de elección ante dicho uso.

Creo importante destacar que no necesariamente cuando una persona llega a una consulta va a derivar en un tratamiento, a partir de ello me surgen diferentes interrogantes, ¿por qué el usuario llega a la consulta? ¿Qué función cumple la droga para el usuario?

Luego del recorrido práctico y teórico que poseo sobre dicha temática, llegué a la conclusión de que no hay respuestas únicas a estas preguntas, ya que cada usuario va a tener sus características singulares, el uso que éste haga de la droga va a tener un correlato de acuerdo a su historia de vida, su contexto familiar, social o laboral, sin dejar de lado cuáles son las formas que encontró para experimentar sensaciones de placer.

Cuando un usuario llega a la consulta no necesariamente es por el consumo de drogas, en caso de proponer un tratamiento y que éste sea posible, como futura profesional de la salud considero importante acompañar al usuario en aquello que lo aqueja, perturba y lo trae a la consulta, a partir de ello constituir diversas estrategias de intervención posibles para este usuario con sus características singulares.

A diferencia de lo que despliego en este trabajo observo otra postura planteada por Eric Laurent (1988), quien reduce al usuario de drogas al concepto de *toxicómano*, definiéndolo como aquella persona que utiliza la droga para tapar algo que lo perturba. Hago referencia específicamente al escrito "Tres observaciones sobre la toxicomanía". Podría pensar esta definición como una posible respuesta a la pregunta sobre ¿qué hay detrás de la sustancia?, sin embargo en este escrito Laurent (1988) plantea precisamente un goce sin medidas, ilimitado, goce uno, haciendo referencia a que el usuario goza en soledad a pesar de que pueda estar con otras personas en ese momento, el goce es en el cuerpo propio.

Creo que es importante tomar este apartado para desplegar una posición distinta a lo que Laurent (1988) plantea, ya que considero que no siempre se da de esta manera, reitero que cada usuario será singular en su consumo. Además considero que es interesante aclarar que el uso recreativo u ocasional de la droga podría no darse en soledad, sino con grupo de pares, en un momento y contexto específico, siendo así una fuente de experimentación para el usuario.

Sería erróneo afirmar que una determinada droga va a generar una determinada conducta en todos los usuarios. De pensarlo así caería en la generalidad del consumo de drogas.

Como futura psicóloga creo necesario tener en cuenta los marcos legales, jurídicos y normativos, aunque sin caer en prejuicios y respetando el secreto profesional, ya que el usuario estaría confesando un delito, por ello para que la persona que hace uso de la droga sepa cuáles son los posibles riesgos tanto a nivel orgánico, como en el marco de la legalidad, informar sobre los posibles riesgos tanto por la tenencia como por el consumo de drogas, sería una intervención posible.

Como planteé anteriormente si tomo la definición que Laurent (1988) propone respecto al usuario de drogas, lo estaría colocando como una persona que no es capaz de decidir por sí misma, desresponsabilizándolo de sus actos. Creo importante marcar una posición distinta, dado que puede haber usuarios de drogas que experimenten un desborde durante el consumo, también se pueden observar usuarios ordenados y metódicos en su consumo. Pensar en estrategias de intervención generales sería caer en un error, de ser así obstaculizaría la singularidad de cada caso.

Como futura profesional de la salud, pienso en darle mayor importancia a la persona que hace uso de la droga, en un momento y contexto dado, sin centrar mi atención en la droga como generadora de conductas en la persona. Esto sería brindar la información sobre el uso que puede hacer de la droga, para que a través de un lenguaje adecuado, de una manera amigable, y en el caso de que dicho usuario decida comenzar un tratamiento por el consumo de drogas se puedan elaborar estrategias de intervención de acuerdo a la situación del consultante.

¿Enfermedad, problemáticas de consumo o usuarios de sustancias?

“Las sustancias embriagadoras acompañaron a todas las culturas desde la antigüedad. En la actualidad se pueden observar otros tipos de encuentro con el tóxico, aparecen consumos autísticos y desregulados que no tienen cobertura social. La lógica de lo ilimitado, que parecería ir en contra de los lazos y de la sublimación que toda cultura exige.” (Lardizabal, 2014; p. 310)

Para poder desplegar dicha cita, retomo la clasificación que realiza la OMS (O.M.S, 1982, como se citó en Kornblit, Camarotti y Di Leo, 2016), acerca de los diversos usos de la droga en la actualidad, sin negar su existencia en las sociedades antiguas. Desde los conceptos de experimentación, refiere a la práctica de consumo que realiza una persona que, guiada por la curiosidad, se anima a probar la sustancia, lo cual puede llevar a continuar el consumo o interrumpirlo; uso, refiere a la práctica que se lleva a cabo en determinados momentos, situaciones o con determinadas personas, pero que esto no tiene que ver con la dependencia de la misma; abuso, sucede cuando ya no hay un uso episódico, sino que se vuelve rutinario, y adicción, cuando se rompen los lazos sociales, familiares, laborales, entre otras, se torna difícil la abstinencia y se genera cierta dependencia orgánica del usuario con la sustancia.

Tomo los conceptos planteados por la OMS (O.M.S, 1982, como se citó en Kornblit, Camarotti y Di Leo, 2016) , para desplegar mi postura respecto a los consumos autísticos y desregulados que plantea Lardizabal (2014), considero que no siempre se da de esta manera, de pensarlo así me llevaría a generalidades respecto a las personas que hacen uso de la droga.

La realidad es que la mayoría de las drogas que se consumen en la actualidad ya habían sido descubiertas en épocas anteriores. Con los cambios sociales, culturales, religiosos y políticos, las drogas se van insertando en nuevas realidades (Osuna Fuentes, 2005). Ha sufrido un proceso de cambios acorde con los tiempos, las creencias, las culturas, las religiones y también ha cambiado en cuanto a los usuarios, las vías de uso, el tipo de sustancias consumidas, la percepción social del fenómeno.

Cabe destacar que en épocas anteriores su uso se remonta a las prácticas religiosas y culturales que no implicaban una problemática social, como sí lo son hoy en día (Osuna Fuentes, 2005).

A partir de ello y de los cambios conceptuales, culturales, políticos, sociales que ha ido atravesando esta práctica del consumo de drogas, surge la posibilidad de desplegar las miradas contrapuestas de abstencionismo y reducción de daños.

“El remedio que cura suele ser también un veneno capaz de matar.” (Pujó, 2005; p. 11)

El abstencionismo, enmarcado en el modelo médico hegemónico, el cual define al consumo de drogas como una enfermedad, considera que el usuario por el hecho de consumir no es responsable de sus actos, tampoco de sus decisiones (Touzé, 1992). Al ser considerado como una enfermedad se vincula con la cura, a la cual se llega a través de normas muy rígidas de reeducación, rehabilitación, reinserción social (Vázquez, 2008). Este proceso de curación comienza con el quite total de la droga. De acuerdo al modelo médico hegemónico y la metodología abstencionista se plantea la idea en la que un organismo sería separado de un cuerpo extraño, un producto dañino que lo lleva a la destrucción. Cuando se llegue a esto, el sujeto recupera su integridad (Migdalek, Quevedo, Vázquez, Disanto y Rodríguez 2018).

Considero que desde el abstencionismo se reduce el consumo de drogas a las propiedades de la droga, como causante de dicho consumo. Sin embargo a pesar de saber que cada droga tiene sus efectos, considero que es importante tener en cuenta las

singularidades de cada persona que hace uso de la droga, sin dejar de tener en cuenta que la droga cumple una función para quien la consume.

Por otro lado, el discurso de reducción de daños, el cual se conoce como, el conjunto de prácticas, programas e intervenciones, cuyo objetivo es minimizar las consecuencias negativas provocadas por el consumo de drogas legales e ilegales (Bosque y Brugal, 2016). Se proponen y promueven intervenciones que respeten y protejan los derechos humanos de las personas que hacen uso de la droga (Bosque y Brugal, 2016).

“Las estrategias de intervención son: ampliar el abanico de ofertas de atención, estableciendo objetivos múltiples e intermedios, adaptar las intervenciones a la heterogeneidad de usuarios de drogas y trayectorias individuales” (O.N.G, Asociación Intercambios, 2016), establecer una relación usuario-profesional más igualitaria. Una de las características es su alto grado de flexibilidad en sus propuestas, debido a que se adecuan a las particularidades de los usuarios y de la comunidad donde se implementan. Además permiten la participación del usuario en la toma de decisiones, e incorporan medidas que permitan el uso controlado de la droga (Velázquez Benítez, Friman Rodríguez y González García, 2016).

Creo importante describir los métodos que se han desarrollado, los cuales han demostrado ser eficientes y efectivos como por ejemplo, los programas de intercambio de jeringas, las salas de consumo supervisado, prevención de sobredosis mediante iguales, entre otras (Bosque y Brugal, 2016). Para que sean eficientes tienen que desarrollarse en zonas específicas, con una amplia cobertura, dependiendo la población con la que se trabaje.

“Las primeras acciones de reducción de daños se remontan a inicios del siglo XX. Sin embargo, no fue hasta 1973 cuando el Comité de Expertos en Adicciones de la Organización Mundial de la Salud recomendó las políticas de reducción de daños como una alternativa viable para el control del consumo de drogas y de sus consecuencias. Las políticas de reducción de daños se han centrado en este colectivo, y en los últimos 30 años se han desarrollado diferentes políticas que han sido implantadas en distinto grado y con diversa cobertura alrededor del mundo” (Bosque y Brugal, 2016; p. 100).

Me parece interesante poder desplegar algunas de estas políticas de reducción de daños, entre ellas: programa de intercambio de jeringas, no sólo para el cuidado de los usuarios de drogas inyectables, sino también como estrategia para evitar la transmisión de VIH. Ésta consiste en la distribución de material estéril para la inyección (habitualmente jeringas y filtros, agua destilada, entre otras.). Este material puede encontrarse en puntos específicos como centro de atención primaria de salud, farmacia, prisiones, entre otras. (Bosque y Brugal, 2016) *“En 2014, 90 países y regiones habían implantado este programa con diferentes grados de cobertura”* (Bosque y Brugal, 2016; p. 100).

También me parece interesante describir las salas de consumo supervisadas. Son instalaciones, en las cuales se permite el consumo de drogas fumadas o inyectadas, bajo supervisión de personal especializado en este tipo de consumo. Son centros integrados sociosanitarios de baja exigencia (Bosque y Brugal, 2016). *“En 2014, estaban activas 88 salas de consumo supervisado en diferentes ciudades de ocho países”* (Alemania, Australia, Canadá, Dinamarca, España, Noruega, Países Bajos y Suiza)” (Bosque y Brugal, 2016; p.101)

Los programas de reducción de daños se deben implementar más allá de intervenciones individuales y aisladas, consistirán en intervenciones integrales, con una amplia cobertura, sostenibles a nivel social y económico. Por ello, deberían aplicarse en los servicios sanitarios ya existentes (Bosque y Brugal, 2016).

Desde la reducción de daños lo que se intenta es responsabilizar al usuario de drogas, de acuerdo al uso que la persona haga de la droga, para que de esta manera, sea un ‘consumidor responsable’, consumiendo de un modo menos dañino. Su principal objetivo es disminuir los efectos negativos que genera el uso de la droga, y a partir de allí, elaborar con la persona que hace uso de ella, estrategias de intervención, con el fin de mejorar la calidad de vida de los usuarios de drogas (Bosque y Brugal, 2016).

A partir de ello podría marcar la contradicción con el discurso abstencionista, el cual ubica al consumo como aquella práctica que lleva a un dominio del usuario, ubicándolo como objeto, exponiendo y etiquetando a la persona que hace uso de la droga como 'adicto', ante la mirada social. Lo que además genera una identificación en el usuario como 'adicto en recuperación', aludiendo a los discursos médico-biológicos, se consideran a sí mismos consumidores (Cislaghi, 2001), en lugar de definirse como una persona que hace uso de la droga en un momento y contexto dado.

Para el discurso de reducción de daños, el objetivo no es la abstinencia en el uso de drogas (no se plantea como condición, sino como opción), sino disminuir los riesgos y los daños asociados al consumo; la información es un elemento necesario pero no suficiente, lo importante no es dar información sino cambiar conductas con la información (Insúa y Grijalvo, 2000). Parte del supuesto de que si el usuario accede a la información podrá cambiar sus conductas dañinas. En cambio el discurso abstencionista plantea una única estrategia, la cual se basa en el deber dejar el consumo en su totalidad, para que de esta manera se logre la reeducación, reinserción y rehabilitación del usuario, es decir la cura a dicha enfermedad (Vázquez, 2008).

Para este último, el usuario luego de las entrevistas iniciales, llamadas de admisión, y de haber recibido la sugerencia de un profesional sobre cuál es el tratamiento a seguir, deberá asistir a diferentes espacios y talleres que brinda la comunidad terapéutica, con el fin de lograr la rehabilitación (Güelman, 2018). Las comunidades terapéuticas se localizan en zonas suburbanas, de escasa población, alejadas de servicios de transporte, servicios e infraestructura urbana, es una de las formas en las que se optimiza este aislamiento. Consideran que permanecer en su entorno imposibilitaría el logro de la rehabilitación y tentaría al usuario a consumir, por ello a pesar de encontrarse en las comunidades terapéuticas deben estar acompañados de una persona que sea responsable de ellos (Güelman, 2018).

En caso de que el usuario no pueda sostener la abstinencia de consumo y vuelva a hacerlo durante el tratamiento, se lo sanciona o reprime institucionalmente por ello, denominando esta conducta como 'recaída'. (Güelman, 2018) En este punto me resulta importante introducir el concepto de 'culpa' que aparece en el usuario por lo que hizo, por su 'recaída', como una práctica que perjudica tanto su tratamiento, como su paso por la comunidad terapéutica. Esta culpa que aparece en el usuario, surge en torno a la 'acusación' de sus compañeros dentro de las comunidades terapéuticas, donde dicha práctica se denomina 'confronto', se considera que a través de esta práctica es posible eliminar la jerga callejera, como también sus conductas, de acuerdo a este discurso, tomar conciencia de su enfermedad (Garbi, Touris y Epele, 2011). Se da en un momento específico denominado 'asamblea', donde se acusan entre compañeros por conductas que no corresponden dentro de la comunidad, tampoco fuera de ella. Luego de ello aparece la sanción o castigo de parte de los profesionales de la institución.

A partir de lo planteado en los apartados anteriores, creo importante desplegar el posicionamiento al que he llegado. Considero que la reducción de daños es una forma de abordaje eficiente en cuanto a las posibles estrategias e intervenciones en los usuarios de drogas, siendo responsables de sus actos y decisiones, como así también del uso que hagan de la droga, para de esta manera ser 'consumidores responsables', luego de haber recibido información, para que el uso sea de forma regulada y controlada por la persona que consume. De esta forma podría hacerlo sin generar mayores daños en su organismo.

Entiendo a este abordaje como una estrategia de intervención posible, sin embargo no creo que sea la única, tampoco la más eficiente, creo importante remarcar que en cada caso las respuestas a estas estrategias van a ser singulares.

Presumo que la consulta de un usuario de drogas no necesariamente conduce a un tratamiento. Por eso me parece importante el acercamiento de la información, responsabilizándome como futura profesional de la salud de que ésta llegue de la manera

más amigable y con el lenguaje correspondiente, pero dejando en quien hace uso de la droga, la decisión de qué hacer con eso que se le brinda.

Supongo que cada consulta va a tener sus características singulares. Por ello creo que se debe tener cuidado con las intervenciones a realizar.

Luego de lo planteado en los párrafos anteriores, quiero desplegar el concepto de consumo como tal, quitándole el adjetivo de 'problemático', ya que de ser así lo pensaría como una enfermedad asociada a una cura específica. Creo que el quite total de la droga puede generar complicaciones en los usuarios. Considero que antes de llegar a ello es importante conocer sobre aquello que perturba, aqueja o trae a la consulta la persona.

Además pienso que no sólo el consumo de drogas ilegales podría ser problemático, sino que el consumo de drogas enmarcadas en la legalidad también podrían serlo.

Estimo que mi rol como futura psicóloga, no sería centrarme en juzgar el accionar de la persona por el consumo de lo 'ilegal', sin restarle importancia a ello, pero respetando la confianza de quien consulta, respetando el secreto profesional. Sin dejar de darle importancia a la persona que hace uso de la droga, para de esta manera poder construir estrategias de intervención de acuerdo a su demanda, pienso en la posibilidad de poder brindarle un espacio de escucha sin juzgar sus pensamientos, reflexiones, sentimientos o sensaciones.

Dudo que el rol del psicólogo se deba centrar en la reeducación, guía o prejuicio ante la persona que llega a la consulta. De ser así estaría reduciendo mi futura práctica al discurso abstencionista, con el cual no estoy de acuerdo, lo que creo importante es poder acompañar, brindar información y posibles estrategias de intervención que sean eficientes para cada caso en su singularidad, lo que se intenta es mejorar la calidad de vida a través de la reducción de posibles daños, sin obligar a quien se acerca a la consulta a llevar a cabo un tratamiento que podría no ser eficiente o que éste sea en contra de su voluntad.

Puede suceder en algunos casos que el usuario no llegue a la consulta por el consumo en sí mismo, sino por otras problemáticas, familiares, sociales, laborales, entre otras. En estos casos se deben pensar estrategias de intervención acordes, es decir no realizar estrategias de intervención generales, sino singulares, conjuntamente con quien consulta, ya que no todos los casos se presentan de la misma manera, como así tampoco las personas que hacen uso de la droga responden de la misma manera tanto al consumo, como a las diferentes intervenciones.

Sin embargo, quisiera destacar que al considerar a cada caso en su singularidad se observarán diversas variables. Con ello quiero decir que hay usuarios que van a la consulta en busca de ayuda profesional por el consumo de drogas, o porque su consumo perturba sus relaciones familiares, laborales, o sociales, respecto a la diversidad de casos que se presentan, podría pensar en posibles estrategias de intervención o de abandono voluntario de la sustancia, si así lo requiere el consultante.

Quisiera concluir planteando que cada caso tiene su singularidad, por ende no podría pensar estrategias idénticas de abordaje para todos los usuarios de drogas. Ello se va a ir conformando a medida que el usuario atraviese el tratamiento, en el caso de que así sea.

Un breve recorrido sobre el contexto de implementación de la Ley de Salud Mental.

Para poder desplegar la importancia de la legalidad e ilegalidad del consumo de drogas, realizaré un breve recorrido histórico acerca de la implantación de la Ley de Salud Mental (2010) en nuestro país.

En la Argentina, desde 1946 a 1952, se propusieron un conjunto de soluciones a problemas específicos de salud mental tal como falta de estructura de atención hospitalaria, a cargo del Dr. Ramón Carrillo (Minini, 2017). De esta manera se crearon hospicios y se reformaron lugares para la atención. Es así que a partir de los '50, hasta el comienzo de la dictadura cívico militar, se observan transformaciones relevantes de los discursos y prácticas de salud mental, como la creación del dispositivo de Comunidad Terapéutica en Tucumán, por ejemplo (Carpintero, Vaines, Barraco y Kasi, 2007).

En 1953, se producen tres hechos determinantes para la formulación del campo de la salud mental en Argentina: se crea el Instituto Nacional de Salud Mental, se funda el primer servicio de Psicopatología en un Hospital General del municipio de Lanús, y se crea la carrera de Psicología en la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires. Esta etapa fue de grandes avances terapéuticos en la historia de la salud mental (Carpintero, Vaines, Barraco y Kasi, 2007).

A partir de la incorporación de nuevos actores, tal como el psicólogo se comenzó a cuestionar la idea del manicomio. Se trataba de tomar distancia con la práctica psiquiátrica, siendo este distanciamiento con la práctica psiquiátrica, el puntapié para la formación de nuevos dispositivos de atención (Visacovsky, 2002).

A estos nuevos dispositivos, se le suman además de las terapéuticas individuales, también tratamientos grupales, familiares y la aplicación de nuevas teorías tales como el psicodrama, la psicología social, entre otras (Romero Romero, 2006).

De los cuatro movimientos de la psiquiatría institucional que se desarrollaron en Francia, Inglaterra, Italia y Estados Unidos, Argentina se alimentó principalmente de los fundamentos de Italia (Tobar, 2012). El movimiento antipsiquiátrico fue llevado a cabo por Franco Basaglia y su equipo en los 60'. Así en 1978 con la Ley 180, en Italia, conocida como Ley Basaglia, se prohíbe la construcción de nuevos asilos psiquiátricos y se establece el cierre de los ya existentes. No obstante, y tal como sucedió en otros lugares del mundo, los manicomios siguieron vigentes gracias al apoyo del poder político de los años '60 y '70 (Tobar, 2012). Por ello las reformas de esta época fueron sólo parciales.

La instauración del Terrorismo de Estado marca el final de muchas de estas innovaciones. Algunas fueron interrumpidas y otras destruidas. Con el retorno de la democracia se intentan recuperar algunos de estos dispositivos de intervención planteados antes de la dictadura (Rodríguez, 2015).

En 1989, en Argentina se promulga la Ley de Estupeficientes, 23.737, la cual en el artículo 5, expresa:

"Será reprimido con reclusión o prisión de cuatro a quince años y multa el que sin autorización o con destino ilegítimo:

- a) *Siembre o cultive plantas o guarde semillas utilizables para producir estupeficientes, o materias primas, o elementos destinados a su producción o fabricación; b) fabrique, extraiga o prepare estupeficientes;*
- c) *Comercie con estupeficientes o materias primas para su producción o fabricación o los tenga con fines de comercialización, o los distribuya, o dé en pago, o almacene o transporte;*
- d) *Comercie con plantas o sus semillas, utilizables para producir estupeficientes, o las tenga con fines de comercialización, o las distribuya, o las dé en pago, o las almacene o transporte;*
- e) *Entregue, suministre, aplique o facilite a otros estupeficientes a título oneroso. Si lo fuese a título gratuito, se aplicará reclusión o prisión de tres a doce años y multa."* (Art. 5, Ley de Estupeficientes, 1989).

En los siguientes artículos esta ley (Ley 23.737, 1989) plantea que quien realice la comercialización de drogas o los ingrese al país de forma ilegal será privado de su libertad.

Con respecto al tratamiento del consumo de drogas en esta ley se plantea lo siguiente:

“Cuando el condenado por cualquier delito dependiera física o psíquicamente de estupefacientes, el juez impondrá, además de la pena, una medida de seguridad curativa que consistirá en un tratamiento de desintoxicación y rehabilitación por el tiempo necesario a estos fines, y cesará por resolución judicial, previo dictamen de peritos que así lo aconsejen.” (Art. 16. Ley 24.737, 1989)

De acuerdo a los demás artículos de dicha Ley, respecto al tratamiento por el consumo de drogas, plantea que es posible que se lleve a cabo en cuanto el usuario presente su consentimiento o se encuentre en peligro él o su entorno por el consumo. Pienso que es importante remarcar que esta Ley de Estupefacientes (1989), en el artículo 22 plantea un tratamiento para los usuarios de drogas no menor a tres años, en los cuales se puede lograr la reeducación, rehabilitación y reinserción social.

Sin embargo, quisiera plantear una posición distinta a lo que considera la Ley de Estupefacientes (1989) como tratamiento para el consumo de drogas, ya que creo que está vinculada estrechamente al concepto de enfermedad, y pone el centro de atención en la cantidad, calidad y frecuencia del consumo de drogas ilegales, dejando de lado al usuario como sujeto de derechos, con capacidad de decidir y expresar lo que le sucede.

Continuando con el recorrido histórico, en Octubre de 2009, se sancionó la Ley de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud (Ley 26.529), allí se establecen los derechos esenciales en la relación entre el paciente y los profesionales de la salud de cualquier efector, a saber (Art.4): a) Asistencias,

- b) Trato digno y respetuoso,
- c) Intimidad,
- d) Confidencialidad,
- e) Autonomía de la voluntad,
- f) Información sanitaria,
- g) Interconsulta médica.

El derecho a la intimidad y confidencialidad quedan referenciados en la Ley de Protección de los datos personales. Me parece interesante remitirme al artículo 2 de esta última el cual hace referencia a la información relativa a la salud estatizando su resguardo bajo los principios del secreto profesional (Ley 25.326, 2000).

Todo este proceso de reorientación de las políticas de salud mental, desde una lógica asilar hacia una perspectiva de derechos, constituye un hito clave para el campo de la salud mental como es la creación de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones en abril de 2010. En los fundamentos de su accionar, se plantean como ejes.

Ø Fortalecer una red nacional de salud mental basada en la consolidación de las estrategias de Atención Primaria en Salud, y con anclaje territorial.

Ø Integrar las políticas de salud mental, y las de tratamiento de las adicciones en particular, en las políticas generales de salud.

Ø Promover la salud mental, así como la prevención de las adicciones.

Ø Construir un sistema de vigilancia epidemiológica en Salud Mental y Adicciones.

Ø Generar principios rectores sobre atención de la salud mental y adicciones desde una perspectiva interdisciplinaria, respetuosa de Derechos Humanos y con eje comunitario (Decreto 457/2010. Ministerio de Salud de la Nación).

En consonancia con la creación de la Dirección Nacional, antes del final del mismo año se sanciona la Ley Nacional de Salud Mental (Ley 26.657, 2010). Ésta plantea el lineamiento en cuanto a las políticas, los servicios de atención, como el enfoque de derechos humanos y la disminución de la exclusión de los usuarios de drogas ilegales.

En su Artículo 4, establece lineamientos específicos para las adicciones. Afirma que:

“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”.

Obliga a los servicios y efectores de salud públicos y privados a adecuarse a los principios establecidos (Art.6). Plantea como un derecho de las personas el recibir tratamiento y ser tratadas con la alternativa terapéutica más conveniente que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria (Art.7).

Además agrega en este artículo el derecho de las personas de ser informadas de manera adecuada y de todo lo inherente a la salud y tratamiento, según las normas de consentimiento informado, en caso de que la información no sea comprendida por el paciente se le informará a familiares, tutores, o representantes legales. Considero importante el derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades (Art. 7, punto k).

Por último me parece interesante remarcar el artículo 18, el cual expresa que la persona internada bajo su consentimiento podrá en cualquier momento decidir por sí mismo el abandono de la internación (Ley 26.657, 2010).

Luego del recorrido histórico realizado en este apartado creo importante desplegar la contradicción conceptual y en cuanto a intervenciones para los usuarios de drogas que plantean, principalmente la Ley de Estupefacientes y la Ley de Salud mental, en torno a ello me surgen una gran variedad de interrogantes: ¿Qué consumos son problemáticos? ¿Para quienes resultan problemáticos? ¿Por qué clasificarlos de esta manera?

Las respuestas a estos interrogantes van a ser variables de acuerdo a la singularidad de cada caso. Pienso que el consumo se define como problemático para la sociedad que excluye al usuario por el consumo de lo 'ilegal'. Con ello intento explicar que para el usuario probablemente este consumo no sea problemático.

Continuando con la contraposición planteada por ambas leyes, asocio la Ley de Estupefacientes (1989) con los tratamientos que plantea el abstencionismo, colocando al usuario de drogas en lugar de objeto, sin responsabilidad de sus decisiones y elecciones, tratamientos en los cuales probablemente quien tenga la posibilidad de poner en palabras lo que le sucede no sea el usuario, sino su familia, amigos o pareja. Estas comunidades terapéuticas no plantean estrategias de intervención, sino intervenciones únicas para los usuarios de drogas en su generalidad, sin tener en cuenta la singularidad de cada caso. Llegué a la conclusión de que la estrategia de intervención de las comunidades terapéuticas es el quite total de la droga en todos los casos.

Este tipo de tratamientos se basa específicamente en la desintoxicación del usuario, lo cual tiene lugar al comienzo del mismo, siendo un requisito primordial a la hora de ingresar a estas comunidades terapéuticas (Levine, 1978). Las cuales se apoyan generalmente en prácticas e ideologías religiosas.

En contraposición a ello, la reducción de daños no responde específicamente a la Ley de Salud Mental (2010), pero su forma de abordar al usuario de drogas es completamente distinta a la del modelo abstencionista, sí asociado a la Ley de Estupefacientes (1987). Desde la reducción de daños se sostiene que este enfoque se basa en el respeto del derecho de los usuarios a decidir sobre el cuidado de su salud, facilita su acceso a los servicios preventivos y asistenciales, y promueve la defensa de sus derechos (Touzé y Rossi, 1997). Ofrece la información necesaria para que el usuario pueda hacer uso de sus derechos. Además brinda campañas de promoción y prevención de la salud.

A diferencia del discurso abstencionista, consideran al usuario de drogas como responsable de sus actos y decisiones, sin llegar a la represión, tampoco sanción por el consumo (Goti, 1990).

Considero significativo destacar la importancia de la decisión de los usuarios de drogas ante el abanico de estrategias de intervención que se proponen desde la reducción de daños.

Como futura profesional de la salud creo que es importante el acercamiento de la información a los usuarios, sin que esta intervención lleve a un tratamiento, como también en los casos en lo que se decide seguir un tratamiento por el consumo de drogas, que éste sea

voluntario, es decir, no obligar, tampoco insistir en que quien hace uso de la droga lleve a cabo un tratamiento si no es lo que está buscando.

Reflexiono acerca del respeto ante quien consulta como la clave principal para poder ayudar a despejar dudas o consultas correspondientes, el lenguaje adecuado y el trato amigable ante los consultantes. Con esto quiero decir, que la utilización de un lenguaje técnico, podría llevar al alejamiento del consultante.

Reflexiones finales.

¿Qué hay detrás de la droga?

El recorrido realizado en este trabajo me lleva a concluir que de acuerdo a mi posicionamiento desde la reducción de daños, no sería posible pensar que la droga domina las elecciones y decisiones de la persona que hace uso de ella. Pero me lleva al surgimiento de los siguientes interrogantes: ¿Qué hay detrás de la droga? ¿Qué función cumple la droga para quien la consume?

Enfocándome en el usuario de drogas y centrándome en el discurso de la reducción de daños, que concentra su atención en reducir daños, brindar información a los usuarios y a partir de allí construir estrategias de intervención para cada caso en su singularidad, entiendo que nuestra escucha, en tanto profesionales, abre la posibilidad de resignificar a los usuarios como sujetos de derechos, con capacidad de decidir y elegir, como responsables de sus actos. De este modo el uso que cada persona haga de la droga va a depender de su capacidad de elegir sobre ello, dándole una función específica.

A lo largo del recorrido de este trabajo intenté demostrar que los interrogantes que me surgieron en él, no tienen respuestas únicas, tampoco generales para los usuarios de drogas. Con respecto a la pregunta inicial '*¿Qué hay detrás de la droga?*', Quiero aclarar que es un interrogante muy amplio, el cual abre paso a diferentes respuestas. Por este motivo creo que es importante poner la atención en acompañar a quien se acerca a una consulta para construir juntos formas de abordar su problemática, dolor, sufrimiento o forma de experimentación. Creo importante remarcar que el rol de psicólogo no es el de guía, reeducador, maestro, del usuario de drogas. Pensarlo así sería reducir las estrategias de intervención posibles al discurso médico hegemónico, obligando al usuario a que forme parte de diversos talleres, terapias, entre otras.

Intento destacar en este escrito que el rol del psicólogo podría ser el de aquel que brinda el lugar y espacio para que el usuario pueda ser escuchado sobre aquello que lo aqueja, y trae a la consulta, la cual podría o no, derivar en un tratamiento. Creo que una forma de abordar el consumo, es quitarle el adjetivo de 'problemático', interrogándome para quién o quienes éste es problemático. Como planteé en diferentes oportunidades el usuario podría no percibirlo como un problema.

Pensar en '*¿Qué hay detrás de la droga?*' sería erróneo, ya que de acuerdo a quien consulte o lleve a cabo la pregunta, podría encontrar gran variedad de respuestas. Las diferentes formas de consumo de drogas tendrán las características propias del usuario implicado en dicho consumo. Por lo tanto no hay una única forma de consumo, como así tampoco tratamientos únicos, sino tantas formas como personas que hagan uso de la droga haya.

Quisiera plantear que al tener en cuenta la singularidad de cada caso sería posible la construcción de estrategias de intervención posibles y diversas, provocando mejoras en la calidad de vida de los usuarios, reduciendo los daños ocasionados por el uso de la droga, sin reducirse a intervenciones únicas y generales, tampoco obligando a los usuarios a formar parte de talleres o tratamiento con los cuales, tal vez, no se sentirían cómodos.

Creo además que es importante conocer los significados que tiene el uso de la droga para las personas que la consumen, teniendo en cuenta la diferencia entre los grupos y contextos sociales.

Considero que es importante observar cuidadosamente a qué población se le brinda la información y a partir de allí de qué manera hacerlo. Como así también las campañas de prevención y promoción de la salud que puedan realizarse. Es decir a partir de investigaciones y estudios sobre las diversas comunidades dentro de las cuales sería posible intervenir, buscar cuál es la información que más relevancia podría tener, teniendo en cuenta el contexto social, la ciudad, el barrio, donde esto sea posible, como así también los entornos familiares, y económicos de cada familia. Con esto quiero decir que la reducción de daños brinda un gran

abanico de intervenciones posibles, para las diferentes poblaciones con las que se pueda trabajar para, como decía anteriormente, mejorar la calidad de vida de los usuarios, no sólo informando, sino también brindando contención, apoyo y acompañamiento para quienes lo expresen y necesiten.

Por último me parece importante aclarar que el rol del psicólogo no se reduce sólo a la participación en prácticas de reducción de daños, aunque la considero eficiente para las personas que hacen uso de la droga, supongo también que respecto al campo en donde me desempeñe como psicóloga se definirá el rol que lleve a cabo. Siempre pensando en brindar apoyo y acompañamiento a quien lo demande.

Referencias bibliográficas:

Bosque, M. y Brugal, M.T. (2016) *Intervenciones de reducción de daños en usuarios de drogas: situación actual y recomendaciones*. España: Elsevier. Recuperado en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911116300838>

Carpintero, E. Vainer, A. Barraco, A. y Kasi, G. (2007) *Desmanicomializar: Pasado y Presente de los manicomios*. Topia. Un sitio de sociedad, psicoanálisis y cultura. Buenos Aires.

Caudevilla Galligo, F. (2007) *Drogas: conceptos generales, epidemiología y valoración del consumo*. Barcelona: Semfyc ediciones.

Cislaghi, S. (2001) *El tóxico como remedio*. Una clínica de las toxicomanías. Revista Ancheronta de Psicoanálisis y Cultura. 14 (pp. 437-441). Disponible en: <https://www.acheronta.org/pdf/acheronta14.pdf>

Freud, S. (2007) *La responsabilidad moral por el contenido de los sueños*. Obras Completas, 19 (pp. 133-136). Amorrortu editores.

Freud, S. (2011) *El Malestar en la cultura*. En: Ballesteros López, L Biblioteca Libre. OMEGALFA. Buenos Aires.

Garbi, S., Touris, M.C. y Epele, M. (2011) *Técnicas terapéuticas y subjetivación en tratamiento con usuario/as de drogas*. Ciência & Saúde Coletiva, 17(7) (pp.1865-1874)

García Ortega, O. (2013) *Las conductas adictivas desde un enfoque social*. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 12(4) (pp. 680-687).

Goltzman, P. M. (2016) *Memorias del Encuentro Intervenciones desde la Reducción de Daños: perspectivas y desafíos actuales*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil.

Gómez, A.M. (2009) *Responsabilidad versus culpa*. La responsabilidad del paciente. Buenos Aires. Imago Agenda 129 (pp. 20-22).

Goti, M.E. (1990) *La comunidad terapéutica. Un desafío de la droga*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Güelman, M. (2018) *El alejamiento de las cosas del mundo. Aislamiento y rehabilitación en dos comunidades terapéuticas de fuerte importancia religiosa*. Universidad de Buenos Aires. Prácticas de oficio. 1(21) (pp. 90-101)

Insúa, P. y Grijalva, J. (2000) *Programa de reducción de riesgos en atención a la drogadependencia*. Facultad de Psicología. Madrid, España. Papeles del Psicólogo, 77(2000) (pp. 33-45). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77807706>

Kornblit, A.L., Camarotti, A.C. y Di Leo, P.F. (2016) *La construcción social de la problemática de la droga*. Módulo 1. Prevención del consumo problemático de drogas. Unicef. Ministerio de Educación. Presidencia de la Nación.

Lardizabal, M. (2014) *Tóxicos para vivir*. (pp. 310-311) VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI. Jornadas de Investigación Décimo

Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Laurent, E. (1997) *Tres observaciones sobre toxicomanía*. Sujeto, goce y modernidad. (pp. 14-21). Buenos Aires: Atuel TyA.

Le Poulichet, S. (2002) *Toxicomanía y Psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.

Levine, H. G. (1978). *El descubrimiento de la adicción: conceptos cambiantes de la embriaguez habitual en América*. Revista de estudios sobre alcohol 15 (pp. 115-125)

Ley de Estupefacientes N° 27.737. (1989) Tenencia y Tráfico de Estupefacientes.

Ley de Salud Mental (2010). N° 26.657. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación.

Martinez, M. (2015) *Dependencia y Tolerancia a la sustancia adictiva*. Fundación adictos en recuperación. España: Amaded.

Migdalek, S. (2009) *Del ideal de responsabilidad a la responsabilidad del sujeto*. La responsabilidad del paciente. Buenos Aires. Imago Agenda 129 (pp. 28-30)

Migdalek, S., Quevedo, S., Vazquez, L., Disanto, L. A. y Rodriguez, R. (2018). *Adicciones: opacidad del síntoma*. XV Jornada de investigación y Cuarto encuentro en Psicología del Mercosur, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Minini, P. (2017) *Salud Pública: historia y presente de una lucha de los trabajadores*. Buenos Aires. La Izquierda, Diario, 1° de diciembre 2017. Disponible en : <http://www.laizquierdadiario.com/Salud-publica-historia-y-presente-de-una-lucha-de-lostrabajadores>

O.N.G Intercambios. (2016) *Cómo reducir riesgos*. Disponible en: <http://intercambios.org.ar/es/como-reducir-riesgos/>

Osuna Fuentes, J. M. (2005) *Drogas: ¿un fenómeno de evolución?* Carel. 3 (pp. 1269-1291) Recuperado en enero 2005 de http://www.carmona.org/publicaciones/carel/2004_8.pdf

Porto, J. y Merino, M. (2014) Definición de sujeto de Derechos. Gestionado por WordPress. Recuperado y actualizado en 2016 de <http://definición.de/sujeto-de-derechos/>

Pujó, M. (2005). *“Elogio de la moderación”*. Psicoanálisis y el hospital. Buenos Aires. Toxicidad y Adicciones.

Rodríguez, L.M. (2015) *Cultura y dictadura en Argentina (1974-1983): estado, funcionarios y políticas*. Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura, 42, 2, (pp. 299-325). En Memoria Académica. Disponible en: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.9184/pr.9184.pdf

Romero Romero, J.C. (2006) *Psicoterapia grupal en adictos*. Límite, revista de Filosofía y Psicología (pp. 88-93). Universidad de Tarapacá. Chile.

Tobar, F. (2012) *Breve historia del sistema argentino de salud*. En: O, Garay. (Coor) Responsabilidad Profesional de los médicos. Ética, Bioética y jurídico Civil y Penal. Buenos Aires. La Ley.

Touzé, G. (1992). "Modelos de Prevención" en Modalidades de Intervención y Disminución del Uso Indebido de Drogas. Primer Programa de Capacitación No Presencial, Fundación Convivir, Buenos Aires: Mimeo.

Touzé, G. y Rossi, D. (1997) *Sida y droga: ¿Abstinencia o reducción de daños?* En Kornblit, A.L. (Comp.): "Sida y sociedad" (pp.169-180). Buenos Aires: Espacio Editorial.

Vázquez, A. (2008). *El problema de la drogadependencia: 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.

Velázquez Benitez, D. Friman Rodriguez, N y González García, M. (2016) *Programa de reducción de daños en las adicciones, problemas éticos*. Cuba. Recuperado en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812016000400017

Visacovsky, S. (2002). *Lanús Memoria y política en la construcción de una tradición psiquiátrica y psicoanalítica Argentina*. Buenos Aires: Alianza Editorial.