



Universidad Nacional de Rosario.

Facultad de Psicología

Trabajo Integrador Final

*“Dos modelos de intervención clínica en usuarios de drogas:
abstencionismo y reducción de Daños”*

- Modalidad: Ensayo.
- Alumno: Borrmann, Solange.
- Legajo: B-5023/7
- Docente Tutor: Benítez, Marcos.

Índice:

Resumen y palabras clave.....	P. 03
Introducción.....	P. 04
La posmodernidad y la adicción como síntoma social.....	P. 05
Lo Legal. La legislación Argentina en materia de drogas.....	P. 06
Modelo abstencionista- prohibicionista.....	P. 08
Modelo de reducción de daños.....	P. 10
A modo de cierre.....	P. 14
Referencias bibliográficas.....	P.16

Resumen:

El siguiente ensayo parte del malestar generalizado en nuestra cultura contemporánea, que produce nuevos síntomas sociales; en este caso el uso exacerbado por el mercado, de drogas lícitas e ilícitas, en el contexto de la posmodernidad y el capitalismo tardío. Para abordar la problemática de los usuarios de drogas hay dos modelos de intervención clínica: el abstencionista y el de reducción de daños. El primero pone el eje de análisis en la prohibición de la sustancia, es decir, en el objeto droga y considera a la abstinencia la condición de inicio de tratamiento y su objetivo primordial.

En cambio, el segundo pone el foco en el sujeto, realiza de esta manera un análisis de la situación en clave subjetiva y valora los objetivos intermedios, con el logro o no de la abstinencia. Este modelo, de reducción de daños, está dirigido a la disminución de las consecuencias sanitarias, sociales y económicas generadas por el uso de drogas mientras el usuario continúa utilizándolas, por lo que es una política que no estigmatiza al consumidor y apunta a mejorar la accesibilidad de los usuarios de drogas al sistema de salud, como así también sus condiciones de vida, dejando por fuera la absurda guerra a las drogas y la demonización del objeto y el sujeto.

Palabras claves: Posmodernidad/ usuarios de drogas / abstencionismo/ Reducción de daños

Introducción:

Nuestra sociedad contemporánea se encuentra en un momento de malestar social, en la que los sujetos invadidos por el capitalismo recurren al uso de drogas ilegales y legales presentándose éstas como modos de evitación del malestar. Ya Freud en el año 1930 en *el malestar en la cultura*, menciona que una de las estrategias que usa la sociedad para abolir o intentar distraerse del malestar es el uso de las sustancias embriagadoras o también llamadas *quitapenas*.

En este contexto, es en el que me posiciono para describir y tomar una postura crítica respecto de las políticas públicas en materia de drogas en Argentina. Siendo éstas las que configuran un determinante fundamental en la trayectoria de un sujeto por el sistema de salud público.

El presente trabajo integrador final (TIF) tiene por objetivo general realizar una descripción del estado actual sobre el consumo problemático y brindar herramientas conceptuales al estudiante avanzado de psicología y/o carreras afines sobre los usuarios de drogas desde el campo social, legal y subjetivo.

Teniendo como objetivo específico, como futuro profesional de la salud, dar cuenta críticamente de los dos tipos de estrategias de intervención: abstencionista-prohibicionista y de reducción de riesgos y daños que rigen las intervenciones sanitarias en dicha problemática.

La posmodernidad y la adicción como síntoma social:

Se puede decir que frente a la mutación histórica global de la modernidad a la posmodernidad se produjeron cambios en la organización social y en las condiciones culturales. Uno de ellos es el surgimiento de una organización social capitalista, de principios siglo XXI regido por el consumo exacerbado, el marketing y la publicidad.

La empresa pasa a ser la institución modelo que impregna con su lógica a las demás instituciones y de esta manera se van creando nuevas subjetividades, nuevos modos de ser y estar en el mundo. Estos modos ya no están regidos por la disciplina y el acatamiento a las normas universales, como modo de ejercicio del poder característico de la modernidad, sino que ahora es el mercado y el consumo los que edifican las nuevas subjetividades. (Sibilia, 2012).

A partir de la lectura perteneciente al seminario de pregrado *El psicoanálisis frente al fenómeno del consumo: el objeto como objeto de consumo* dictado por Garibaldi pude deducir que estamos en una era en la cual vivimos tiempos desenfundados de consumo, donde al sujeto se le presentan un abanico de objetos con los cuales colmar su malestar. Estamos frente a una cultura narcisista, de encierro sobre sí misma, en un mundo donde lo que lidera es el poder del mercado y los individuos tienden a convertirse en objetos del sistema capitalista. Es en este contexto de malestar social, donde lo que resulta paradójico es que mientras más objetos se producen y el mercado aumenta de manera exponencial la oferta, el vacío de los sujetos no se colma.

El avance tecnológico hacia lo virtual, los viajes, las grandes ciudades, las mezclas étnicas y las grandes migraciones poblacionales llevan hacia un mundo donde el sujeto se descentra, perdiendo su posibilidad de autocontrol y coherencia interna. Tiende a la dispersión, se abandona a la sensibilidad del instante y a la pérdida de normativas que trasciendan lo relativo (Volnovich, 2008).

Considerando que la cultura moldea subjetividades, es en este momento histórico donde el mercado normativiza lo que está permitido y lo prohibido. Aparece regulando los modos de ser y estar en el mundo, todo gira en torno a una lógica mercantilista donde los sujetos se alienan de su potencial humano, es decir, que cada vez se realizan menos como sujetos del deseo y más como meros consumidores de necesidades, terminan respondiendo a los intereses económicos de pequeños sectores sociales privilegiados. Frente a la globalización de los mercados lo que cuenta ya no es tanto la propiedad privada como en el capitalismo industrial, sino la posibilidad de acceder a los servicios y objetos producidos por el mercado.

El cursado del seminario *Introducción a la problemática de los consumos de sustancias* dictado por Tabares en el centro cultural *Un pibe menos por la droga*, me llevó a pensar que estamos en la actualidad frente a un derrumbe de las prohibiciones y en consecuencia a una revalorización de los placeres inmediatos. De tal modo, lo posmoderno alude a un sujeto centrado sobre sí mismo, en una especie de narcisismo, donde el goce con el propio cuerpo se impone en el Otro social a modo de imperativo. En este sentido, la cultura actual produce sujetos flotantes como si estuvieran *colgados*, sin ninguna atadura simbólica gozando con su propio cuerpo sin límites.

Las adicciones, por lo tanto, pueden ser consideradas una patología de época que tienen un origen social y repercuten en los individuos considerados consumidores, siendo estos los más afectados en cuanto a sus condiciones de vida. Es en esta búsqueda constante de placer por parte de los sujetos, que podríamos pensar en una sociedad que se horroriza ante aquello que le depara malestar y como consecuencia

de esto, llevando al sujeto a la búsqueda de soluciones inmediatas para evitar las vivencias displacenteras que forman parte del vivir.

Aparece bajo el imaginario social que todo sufrimiento puede ser remendado con drogas. Aunque estas no son más que formas de tapar con objetos el malestar subjetivo, producto del mito que circula frente a que toda angustia puede ser solucionada con objetos (Inchaurreaga, 2003).

El tóxico, si bien genera alteraciones en la química del cuerpo, también da al hombre el anhelado sentimiento de dicha. Estos procedimientos en realidad no hacen más que velar el malestar del sujeto, oficiando de esta manera los objetos a modo de *parche* respecto del conflicto y obstaculizando por lo tanto, el lugar de la palabra.

Sería un error, pensar en el fin de la sociedad de consumo, en tanto estamos destinados a consumir (Inchaurreaga, 1994). Siguiendo la lectura de la misma autora "El sujeto es un sujeto compelido a elegir, a reconocer – no su deseo- sino objetos para su deseo "(Inchaurreaga, 1994, p. 86).

El mercado impone la demanda de consumir, aparecen unificados los modos de goce haciendo a los sujetos cada vez más dependientes del sistema. Bajo este panorama, aparece una nueva pareja; sujeto - objeto droga.

Reformulando lo anterior, los cambios históricos - sociales moldean las subjetividades y en este marco la drogadicción no es solamente una cuestión del sujeto individual sino un producto social. Se puede pensar a la adicción como un síntoma social en la posmodernidad o como una respuesta del sujeto frente a la ficción de que toda angustia puede ser resuelta con objetos (Inchaurreaga, 1994).

Lo legal. La Legislación Argentina en materia de drogas.

Desde el discurso jurídico, teniendo en cuenta la articulación establecida entre salud y legislación, en el caso de las drogas voy a referirme a la Ley Argentina de Estupefacientes – Ley N° 23.737 sancionada en el año 1989, tomando como referente los mencionados artículos:

Art. 6: Sera reprimido con reclusión o prisión de cuatro a quince años y multa de 2.250.000 a 187.500.000 (dos millones doscientos cincuenta mil australes a ciento ochenta y siete millones quinientos mil australes) el que introdujera al país estupefacientes fabricados o en cualquier etapa de su fabricación o materias primas destinadas a su fabricación o producción, habiendo efectuado una presentación correcta ante la aduana y posteriormente alterada ilegítimamente su destino de uso (Código Penal de la República Argentina, 2015, p. 189).

Art.14: Será reprimido con prisión de uno a seis años y multa de ciento doce mil quinientos a dos millones doscientos cincuenta mil australes, el que tuviere en su poder, estupefacientes. La pena será de un mes a dos años de prisión cuando, por su escasa cantidad y demás circunstancias, sugiere inequívocamente que la tenencia es para uso personal (Código Penal de la República Argentina, 2015, p. 190).

En este marco jurídico se penaliza la tenencia de drogas para uso personal y también quien produzca, comercialice, almacene, transporte o facilite a otro estupefaciente. Esta ley impone medidas represivas al consumidor donde la respuesta a la problemática de consumo es desde lo penal: la *prisión*. Se erige por lo tanto una guerra contra las drogas, poniendo el acento en el objeto como causa de la problemática de consumo y se lo estigmatiza al consumidor bajo la figura del criminal. Desde este marco normativo se piensa al fenómeno de consumo en términos de algo punible, prohibido y hasta anti-progresista. Esta ley nos lleva hacia la idea de *tolerancia cero*, por lo cual la oferta asistencial que caracterizó a los 90 estuvo signada

por la abstención del consumo y la modalidad de intervención consiste en el encierro-privación.

En el proyecto de ley, donde se establece la modificación de la Ley de Estupefacientes N° 23.737, se plantea como objetivos del plan respetar la autonomía individual y la singularidad de las personas que demandan asistencia para el tratamiento de las adicciones, teniendo en cuenta los derechos humanos que los amparan, evitando de esta manera la estigmatización (Gorbacz, 2006).

Es en este proyecto de ley, donde se comienza a esbozar la consideración del usuario de drogas como sujeto de derecho y es el estado el que tiene la responsabilidad de garantizar a través del sistema público de salud, el desarrollo de políticas asistenciales para el tratamiento de las adicciones. Estas políticas asistenciales no deben estigmatizar al sujeto que está padeciendo y se deben evitar las barreras que imponen las políticas legislativas en la accesibilidad a la salud.

En este contexto, me remito a un concepto del campo de la salud que da cuenta de este fenómeno: "La accesibilidad se define como el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios. Este vínculo surge de una combinatoria entre las condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos" (Comes, 2003, p.14).

Los usuarios de drogas, por lo tanto, no tienen solamente problemas con las drogas, sino también con la ley. Esto trae como consecuencia barreras en la accesibilidad a la salud, ya que el consumidor no recurre por el miedo a ser detenido.

En Argentina no se intenta regular desde el estado la práctica de consumo, sino que se la reprime. Se responde desde la lógica del castigo dejando por fuera un abordaje de tipo comprensivo por parte de los servicios de salud. Este modo de abordar la problemática no tiene en cuenta que la cuestión no pasa por la ilegalidad de las sustancias sino por un sujeto que tiene un padecimiento psíquico.

Bajo esta condición son excluidos, lo que genera una repuesta negativa del resto de los miembros de la sociedad y son catalogados culturalmente como enfermos, faloperos, delincuentes. Se establece en el imaginario social la asociación droga-delito- inseguridad (Inchaurraga, 2009).

En este mismo sentido considero que hay leyes tanto implícitas (morales) como explícitas (jurídicas), que hacen que los seres sociales realicen esta asociación. Todo usuario de drogas visto desde esta perspectiva se vuelve *peligroso* en el imaginario colectivo y se lo considera al consumidor un individuo desviado de las normas sociales que requiere una intervención punitiva/curativa que en todos los casos termina por convertirse en una pérdida de sus derechos como ciudadano. En este contexto podríamos preguntarnos:

¿Acaso es lo mismo un adicto, que alguien que está experimentando por primera vez? ¿En todos los casos el consumo debe ser necesariamente problemático? ¿El estado sabe que por medio de su política está contribuyendo a una etiquetación de "adicto" a todos los tipos de consumo de drogas? No estamos diciendo que no existan consumos patológicos, sino que no todos los consumos pueden ser vistos y o nombrados como tales (García, 2009, p. 8).

Lo que intento dar cuenta es que los usuarios de drogas están expuestos a los daños de la prohibición y que la ley en lugar de proteger sus derechos como ciudadanos impone medidas represivas. Podríamos decir, que en el tema drogas no se tienen en cuenta los *derechos humanos*, como ese conjunto de prerrogativas inherentes a la naturaleza de la persona cuya realización efectiva resulta indispensable para su

desarrollo integral en una sociedad. El estado termina destinando mayor dinero a las fuerzas de seguridad respondiendo de esta manera desde lo penal a la problemática, en lugar de desplegar estrategias preventivas asistenciales que saquen a los usuarios del medio de la guerra contra las drogas.

Desde los discursos de poder, se oculta lo evidente: la prohibición produce más daños que las drogas mismas. El hecho de que no sean legales genera el enriquecimiento desmedido del narcotráfico, haciendo colateralmente más atractivo el negocio de la droga y más azarosa la existencia de los consumidores sobre los cuales recaen los mayores daños: muerte por sobredosis de drogas impuras mezcladas, transmisión de enfermedades contagiosas, VIH, hepatitis y otros problemas de salud que acechan a estos consumidores y que al no acercarse a los hospitales públicos empeoran sus condiciones fundamentalmente por la falta de información (Inchaurraga, 2003).

De esta manera se aleja al consumidor de drogas del sistema de salud, privándolo de sus derechos de la posibilidad de prevenir posibles enfermedades asociadas al consumo y/ o conductas de riesgo (Inchaurraga, 2003).

Es inevitable pensar en la indiscutible relación entre las políticas públicas en el campo de la salud y las leyes de drogas.

Modelo abstencionista-prohibicionista.

En este contexto de guerra contra las drogas y prohibicionismo, se establecen estrategias de intervención abstencionistas, que orientan las acciones de los profesionales de la salud. “Esta estrategia se inspira en el modelo medico sanitario o modelo medico hegemónico” (Benedetti, 2015, p. 29).

Por MMH entendemos el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica el cual, desde fines del siglo XVIII, ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado (Menéndez, 1992, p. 108).

El modelo médico hegemónico se caracteriza por los siguientes rasgos estructurales: biologismo, concepción teórica evolucionista- positivista y no se tienen en consideración los factores históricos ni sociales en el abordaje de la enfermedad. En este contexto se produce una identificación ideológica con la racionalidad científica como criterio manifiesto de exclusión de otros modelos y hay una fuerte tendencia a la medicalización de los problemas (Menéndez, 1992).

Este modelo por lo tanto trata de una mirada médica sobre el consumo de drogas. Desde esta posición es leído como una enfermedad y el consumidor por lo tanto considerado un enfermo.

“Como la pretensión es evitar el consumo de la sustancia entendida como causa de todos los males individuales y sociales, su estrategia también es abstencionista” (Benedetti, 2015, p.26).

Reafirmo que desde esta posición epistemológica, la abstinencia es la condición de inicio de tratamiento y la solución. Pero si para comenzar un tratamiento se establece como condición la suspensión del consumo esto nos ubica en una paradoja, en tanto que aquellos que recurren a un servicio de salud mental, porque se encuentran en una situación problemática en relación al consumo, deben dejar de consumir antes de comenzar el tratamiento.

Según el diccionario la abstinencia implica la acción, facultad o virtud de privarse total o parcialmente de los goces (Gross y Pelayo, 2008, p. 4).

Podríamos en este punto interrogarnos sobre ¿qué es de lo que padece el droga dependiente en la abstinencia? ¿Es suficiente la dirección de la cura por medio de la desintoxicación?

“El modelo de abstinencia pretende desintoxicar al sujeto, sacarle el objeto de la adicción en tanto causa, que el sujeto se abstenga de él” (Inchaurraga, 1996, p. 98).

Bajo esta perspectiva se impone como modo de tratamiento la limpieza del organismo y la privación de la sustancia. Esta estrategia pone el eje en lo tóxico y oculta la implicación del sujeto.

“Desintoxicar la droga puede ser también acotar la toxicidad del goce desencadenado, domesticarlo, transferirlo del cuerpo a la palabra” (Inchaurraga, 1996, p.99).

La desintoxicación puede lograrse por otras vías que no implican necesariamente la sustracción del tóxico del organismo. La abstinencia no necesariamente implica que el sujeto comience con el duelo de la pérdida de la sustancia y la sustitución de aquello que ocupe su lugar. La privación de la sustancia y mantenerla alejada del sujeto no implica por sí solo un cambio en la subjetividad. La manera de hacer emerger al sujeto es por medio del dispositivo analítico y de instituciones que sitúen al terapeuta en relación con el sujeto. Este modo de proceder implica el reconocimiento de la responsabilidad del sujeto y que el fenómeno de la abstinencia no es simplemente correlativo a la angustia ante la falta de droga, sino que lo que se pone en juego es el dolor de la falta en ser, exacerbándose los síntomas de la carencia.

Las intervenciones sanitarias bajo el paradigma prohibicionista, terminan reproduciendo mecanismos de control y persecución con respecto al consumidor, semejantes a los de las fuerzas de seguridad. Éstas son llevadas a cabo en instituciones a puertas cerradas, tanto en los hospitales generales bajo la lógica de la desintoxicación, como en comunidades terapéuticas privadas.

Ya Freud habla de las *drogas* como los llamados *quitapenas*, ante la realidad y exigencias del sujeto que le impone el vivir, son aquellas sustancias adormecedoras del displacer. En esta lógica se enuncia que:

La vida como nos es impuesta, resulta gravosa nos trae hartos dolores, desengaños, tareas insolubles. Para soportarla no podemos prescindir de calmantes. Los hay quizá, de tres clases: poderosas distracciones que nos hagan valuar en poco nuestra miseria, satisfacciones sustitutivas que las reduzcan y sustancias embriagadoras que nos vuelvan insensibles a ellas (Freud, 1930, p. 75).

Los calmantes serían aquellas sustancias a las cuales recurre el sujeto para aminorar el malestar social y alcanzar la felicidad. Si bien a partir de este medio se logra vivenciar intensos sentimientos de placer, se reconocerán aspectos negativos de este estado, ya que la ausencia de displacer o dolor provocan un alejamiento respecto del mundo exterior y el sujeto termina por refugiarse en un mundo propio. Esto es lo que determina su carácter dañino y peligroso porque es como si se silenciara las exigencias pulsionales.

La intoxicación es el método más eficaz de precaver el sufrimiento, ya que influye sobre el propio organismo y a esta ventaja se agrega la ganancia inmediata de placer y una cuota de independencia respecto del mundo exterior (Freud, 1930).

Por lo tanto se define a la *droga* como el consumo de los consumos y su uso es expresión del malestar social. Como problema social, las drogas se inscriben en un mundo de significaciones y sentidos dentro de un determinado contexto cultural. Se producen cambios socioculturales que dan lugar a la emergencia de este fenómeno denominado como drogadependencia. Sería una ilusión pensar que las intervenciones jurídico- policiales o médicas son suficientes para abordar la problemática. Por eso se considera a la drogadependencia como una práctica social multidimensional, es decir, una práctica que no concierne únicamente al encasillamiento dentro de la delincuencia o de la patología (Abonizio, 2008).

En consonancia con lo anterior se dice que “Es momento de pasar a hablar de *usuarios de drogas* y levantar la hipoteca médico- jurídica que pesa sobre el consumo” (Lutereau, 2018, p.9)

Esta manera de nombrar al consumidor de drogas, si bien puede ser demasiado amplia, lo saca de su condición de preso de una situación insuperable como una enfermedad de la cual es una víctima pasiva y también lo aleja de la asociación con la delincuencia como lo sostiene el discurso jurídico.

Modelo de reducción de daños

Fue mi experiencia como acompañante terapéutico para APRECOD (Agencia de Prevención del consumo de drogas y tratamiento integral de las adicciones) realizada en distintas instituciones hospitalarias públicas que me llevo a entender, que es necesario pensar en la implementación de la Ley Nacional de salud mental y adicciones en el marco de un espacio institucional.

Benedetti da un paso más y nos brinda herramientas para pensar, epistémica y políticamente, estrategias de intervención clínica en salud mental y adicciones. Es en el marco de la Ley Nacional de Salud N° 26.657 sancionada en el año 2010, se produce un cambio de paradigma cuyo fundamento es la salud como derecho y el sujeto como sujeto de derecho (2015).

Un ejemplo de esto es el artículo N° 4 del capítulo 2, que se contrapone con el artículo N° 14 de la ley N° 23.737 mencionado anteriormente.

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 Nacional de Salud Mental, 2010, p. 13).

Con la sanción de la nueva ley de salud mental, se establecen una serie de garantías y derechos para las personas que padecen de adicciones. Asistimos a un desplazamiento en la comprensión normativa de las adicciones, del ámbito penal al sanitario. Dicho desplazamiento produce un movimiento en el eje de análisis, en tanto que deja de ser la sustancia legal e ilegal lo más importante, sino el sujeto (Benedetti, 2015).

Lo que lleva a interrogarnos sobre el vínculo problemático que cada sujeto sostiene con el objeto en cuestión, qué lugar ocupa en su subjetividad y si estamos frente a un consumo problemático desde una mirada clínica. Se pone el centro de la cuestión en la dimensión subjetiva, es decir, se piensa desde esta perspectiva en clave de sujeto. El uso de drogas se ha convertido desde hace décadas en un analizador de las políticas públicas. Interpela decididamente a las políticas legislativas y a las políticas de salud, aunque no solo a ellas. Genera en su seno debate y discusión. Así, las drogas también producen desde valiosos análisis y estudios científicos hasta rápidas tomas de decisión (Inchaurreaga, 2001, p.9).

Frente al cambio en las políticas legislativas y ante el fracaso de las políticas públicas prohibicionistas sostenidas en la utopía de un mundo libre de drogas y los tratamientos bajo la lógica del encierro-privación, se abre en Argentina el debate sobre las políticas públicas centradas en la estrategia de reducción de daños.

Presentándose ésta como otra alternativa de intervención clínica en los usuarios de drogas, generándose una ruptura con la visión biologicista y psicologista del prohibicionismo.

La reducción de daños relacionados con las drogas es una política social que se ha implementado en muchos países desarrollados, como respuesta a la transmisión del virus de Inmuno deficiencia adquirida (SIDA) entre los usuarios de drogas inyectables. Tiene como objetivo prioritario la disminución de las consecuencias negativas del uso de drogas como así también apunta a minimizar tanto los daños sociales como la marginación, exclusión, estigmatización y criminalización que son los principales efectos de la ley N° 23.737 que penaliza la tenencia de drogas para consumo personal y los que pertenecen al campo de la salud: sobredosis, hepatitis, SIDA, entre otras enfermedades infecciosas (O'Hare y Riley, 2001).

Esta política que no pone el foco en la prohibición de la sustancia, es decir, en el objeto droga sino que parte del reconocimiento de que hay algunas personas que no están preparadas subjetivamente para dejar de consumir o simplemente no desean abandonar el consumo, por lo tanto la mejor manera de intervenir es apuntar a mejorar sus condiciones de vida.

“Es una política o programa dirigido hacia la disminución de las consecuencias sanitarias, sociales y económicas adversas del uso de drogas mientras el usuario continúa utilizando drogas” (O'Hare y Riley, 2001, p.24).

Los datos epidemiológicos muestran que la transmisión sanguínea del HIV ha aumentado por el uso compartido de los equipos de inyección entre los drogodependientes. Dicha problemática incluye tanto connotaciones sociales de la drogodependencia como enfermedades asociadas al consumo por vía intravenosa. (Siri, 2001).

“La idea de minimizar los daños asociados con el uso de drogas, está arraigada a la práctica de salud pública de la *prevención secundaria*, con grupos de alto riesgo” (Inchaurraga, 2001, p. 240).

La prevención secundaria se trata de un accionar rápido y adecuado a la demanda. Se trata de prevenir al usuario de drogas, de la exclusión social o la autoexclusión que los aleja del sistema de salud evitando prevenir los daños asociados al consumo.

La reducción de daños también abarca la educación e información sobre los cuidados del cuerpo y esto responsabiliza al sujeto de sus actos. Cuidarse supone tener equipos de inyección propio, esterilizar agujas usadas, jeringas descartables.

También la educación es impartida a la comunidad en general para evitar los daños sociales hacia los usuarios de drogas y poder así romper con las representaciones sociales bajo las cuales se los identifica.

Incluye también el trabajo de calle para poder establecer contacto con la mayor cantidad posible de usuarios de drogas y la implementación de instituciones asistenciales públicas abiertas, con objetivos intermedios, dispuestas a escuchar y tratar a las personas estén o no abstinentes de drogas (Michelli, 2001).

En Argentina la política oficial de salud en materia de drogas es represiva y abstencionista. Se apoya en mitos básicos contruidos socialmente, los cuales ofician a su vez de obstáculo para la implementación de las políticas de reducción de daños:

1) *Los mitos sobre la droga*

Se considera que es la sustancia la causa de la drogadependencia y por lo tanto la abstinencia es la solución. Además se cree que quien consume drogas lo que busca es su muerte como así también se la considera la causa del HIV/SIDA.

2) *Los miedos a la legalización*

Una de las principales críticas a la reducción de daños es que quienes defienden esta posición hacen *apología a la droga*, dejando por fuera los daños neurobiológicos que estas sustancias producen.

Habría una supuesta relación entre reducción de daños y legalización, pero en realidad lo que se encubre es el miedo a que se ablanden las políticas legislativas en materia de drogas.

3) *El mito de la heroína*

Es muy frecuente que este modelo y especialmente los programas de jeringas, se asocien con realidades ajenas, europeas, norteamericanas y con una droga en cuestión: la heroína.

Sin embargo en nuestro país el uso intravenoso de cocaína debiera ser objeto de una más detenida reflexión. Ya que esta sustancia, a diferencia de la heroína llega a ser inyectada hasta veinte veces al día, lo que potencia proporcionalmente los riesgos de infección en relación al uso compartido de agujas y jeringas contaminadas.

4) *Confusión entre sustitución y droga a sustituir*

Erróneamente los programas de sustitución se atribuyen exclusivamente a la heroína. Sin embargo los mismos se han probados para la adicción crónica a los opiáceos, pudiendo además, proporcionar un efecto de disminución de consumo de cocaína.

Esto obstaculiza la implementación de esta política en Argentina que cuenta con problemáticas de consumo a otros opiáceos.

5) *Mitos sobre la educación y la información*

La educación pensada como recurso de este modelo, que tiene dos facetas. Por un lado la educación e información hacia el sujeto que consume drogas y por otro lado hacia la comunidad en general en cuanto a intentar modificar el imaginario social dominante que estigmatiza los usuarios de drogas (Inchaurreaga, 2001).

Desde la reducción de daños introducirse a un sistema de salud sin objetivos intermedios a la abstinencia, no resulta atractivo para todos los usuarios de drogas, menos aún para aquellos que no desean dejar de consumir.

Los discursos prohibicionistas demonizan las drogas y persiguen a los consumidores. Han dejado marcas que al momento de aproximarnos al fenómeno del uso de drogas se sustancializa, la problematiza y en consecuencia se obstaculiza la elaboración de una respuesta eficaz.

Esta estrategia propone ir más allá de la sustancia para poder así visualizar a un sujeto que está padeciendo pueda o no en ese momento subjetivo dejar de consumir.

Posicionarnos en clave subjetiva, para una lectura de los usos de sustancias implica entender que lo que puede ser un daño para algunos implica un beneficio para otros (Inchaurreaga, 2001).

Desde este lugar de lo que se trata es de poder ubicar la posición del sujeto ante la droga, la función del consumo en su economía psíquica, en su vida cotidiana y esto a su vez en relación a sus condiciones socioeconómicas

Debería buscarse el modo de sortear aquellas barreras que operan como obstáculos en la aplicación del Modelo de Reducción de Daños, venciendo prejuicios o valores que fortalecen el modelo abstencionista, las normas sociales que condenan el uso de drogas, los factores económicos que limitan el acceso a prácticas seguras y aquellos factores vinculados con la disponibilidad de agujas y jeringas limpias o la disponibilidad de información en cuanto a la correcta esterilización de los equipos de inyección y recaudos a tener en cuenta en la práctica misma (Escudero, 2001,p. 217).

Un ejemplo de la aplicación de este modelo en Argentina es el llevado a cabo en la ciudad de Rosario por el servicio asistencial en droga dependencias y sida SADyS, en el centro regional de salud mental *Dr. Agudo Ávila*. Este es un dispositivo asistencial que se caracteriza por un bajo umbral de exigencias, quiere decir que el abandono del consumo no es condición del ingreso y permanencia en el tratamiento. Se ofrecen distintos servicios como: atención y asistencia psicológica, consejería en reducción de daños, consultoría para familiares y amigos de personas usuarias de drogas, entrega de material informativo, equipos de consumo seguro, distribución de preservativos y jornadas sobre el tema. Desde este modelo se incluyen estrategias tendientes a mejorar el acceso al sistema de salud de los usuarios de drogas, evitando la estigmatización que imponen las políticas legislativas bajo la consideración de un sujeto de derecho y que como tal el sistema de salud público tiene el deber de alojarlo respetando sus elecciones (SADyS, 2012).

A su vez se abandona con este modelo el ámbito de lo universal, es decir, la aplicación de la misma estrategia de intervención a todos por igual no respetando las singularidades y de este modo llevar adelante una clínica del caso por caso. No se le pide al paciente que deje de consumir, sino que esté en condiciones de hablar de sí mismo en cada encuentro y esto implica hacer al sujeto responsable de su comportamiento en relación al uso de drogas. Lo que se hace es evaluar una subjetividad que pide ayuda pero a la vez necesita alojarse en un tratamiento posible que no sea impuesto por la institución a la cual acude, sino que sea posible para él en ese momento. Cada sujeto que consume tiene una historia de vida singular diferente a la de los otros (Reinaudi y Tuttolomondo, 2001).

Tradicionalmente nos encontramos con un sistema que reproduce una forma de ver a la droga como una amenaza al orden y a sus consumidores como drogadictos, adictos, toxico dependientes, abusadores de drogas, pero ninguna de estas formas de nombrarlos dan cuenta de quienes son. Se borran las diferencias existentes entre ellos y se termina por imponer una forma generalizada de ver al hombre.

La manera de evitar la sustancialización de la problemática es tener en cuenta a la hora de abordarla: las drogas, los sujetos y los contextos socioculturales en los que se encuentran y en relación a esto su historia singular, se evita de esta manera la generalización de los usuarios de drogas y fundamentalmente de aquellos que se encuentran en algún dispositivo asistencial.

A modo de cierre:

El malestar en nuestra cultura contemporánea, incluye nuevos síntomas sociales como el uso de drogas y el consumo problemático. Pero este fenómeno no solo se encuentra en relación a las condiciones sociales de la época ya que los usuarios de drogas tienen también conflictos con la ley, la penalización y por ende con el estado.

Son catalogados en el imaginario social como criminales, peligrosos y desviados de las normas sociales por eso son excluidos, marginados.

En este sentido, el abordaje de los usuarios de drogas debe ser integral. Considerar tanto los aspectos sociales, legales, como así también confrontar con la clínica de estos sujetos a partir de un análisis de los modelos de intervención clínica diseñados para el tratamiento.

En primer lugar, decidí producir un corrimiento de la noción de drogadependencia asociada al discurso de la farmacodependencia y pasar a la noción de usuario de drogas, porque de esta manera se hace referencia a la problemática y se saca al consumidor de drogas del discurso médico hegemónico y del discurso jurídico.

El Modelo de Reducción de Daños a diferencia de la política abstencionista, no enfatiza en el uso de drogas y la abstinencia no es la condición de inicio de tratamiento sino que se propone lograr los objetivos más inmediatos y realistas tendientes al uso de drogas sin riesgos y si corresponde la abstinencia (O'Hare y Riley, 2001).

La política de Reducción de Daños propone por lo tanto una mirada más real y pragmática de la problemática, en tanto que organiza un conjunto de acciones sociales y sanitarias con el fin de reducir los daños asociados al uso de drogas mientras el sujeto puede seguir consumiendo. Desde esta política:

Intervenimos ubicando en el centro de la situación a la persona, al sujeto tal como se presenta, al ciudadano usuario de drogas inserto en un contexto concreto en el cual despliega sus redes singulares, y evaluamos su situación en relación al goce de sus derechos sociales, de salud, educativos, de hábitat, culturales (Paveto, 2018, p.63).

No se pone el foco de la intervención en la sustancia como lo propone el abstencionismo sino que realiza un análisis de la situación en clave subjetiva, es decir, que este modelo pone el eje de análisis en el sujeto como quien desarrolla la práctica de consumo.

Considero que el Modelo de Reducción de Daños, define al sujeto que se encuentra en un vínculo problemático con las drogas a partir de su posición subjetiva frente al objeto por lo cual se corre de la absurda guerra contra las drogas y la demonización del objeto.

Desde el otro modelo se pretende homogeneizar a la población usuaria de drogas, hay una tendencia a la generalización. Los agentes de salud proceden de la misma manera con todos aquellos que se encuentran en un vínculo problemático con las drogas, como si hubiera un ideal común en el momento de intervenir que consiste en la *tolerancia cero*. Lo que se propone entonces es el cese de consumo como condición de inicio de tratamiento y objetivos terapéuticos a alcanzar. Según mi lectura este modo de proceder borra la singularidad del sujeto y no tiene en cuenta la relación compleja entre droga, sujeto y contexto socio histórico como determinantes de la subjetividad. Considero que no todos los usuarios de drogas están preparados subjetivamente para dejar de consumir al momento de iniciar un tratamiento y que cada uno tiene una historia particular, con vicisitudes propias que deben ser consideradas en un dispositivo analítico que pueda alojar y escuchar la demanda y el padecimiento específico. La abstinencia planteada como *La solución*, es una manera de entender a los usuarios de drogas como enfermos y en este sentido no hace más que continuar con lo establecido por el modelo médico hegemónico.

Otro punto a considerar es que los tratamientos bajo la lógica de la desintoxicación ponen el eje en el tóxico proponiendo la solución del problema desde una mirada biológica y psicológica.

En cambio el Modelo de Reducción de Daños intenta establecer diferentes estrategias que posibilitan alcanzar diversos objetivos que no son exclusivamente los de abstinencia, sino que apunta a:

“1) Disminuir la entrada a la adicción 2) Disminuir los riesgos asociados al consumo 3) Favorecer la superación de las adicciones” (Paveto, 2018, p.62).

Para lograr estos objetivos, toma como condición esencial una reforma en las políticas legislativas dado que éstas imponen barreras en la accesibilidad al sistema de salud. Las representaciones sociales que se producen a partir del discurso jurídico obstaculizan el desarrollo del máximo contacto entre los usuarios de drogas y los servicios de salud, evitando de esta manera el desarrollo de la prevención del consumo y las enfermedades asociadas al mismo. Esta manera de abordar la problemática deja por fuera la prevención del padecimiento psíquico de un sujeto, más allá de la legalidad o ilegalidad de la sustancia.

No atender los daños relacionados con el uso de drogas como los sociales, legales, laborales producirá un agravamiento de la situación del sujeto que toma contacto con algunos de los dispositivos sociales o de salud.

El debate sobre las políticas públicas de drogas está plagado de interferencias y obstáculos. Los mismos provienen del peso que tienen los intereses en juego y que frenan un abordaje realista y objetivo de la situación. Por esto dejo como interrogante para una futura investigación: ¿la producción y comercialización de sustancias legales e ilegales, actúan como un dispositivo de control social de las clases dominantes diseñados para acallar la rebeldía de los sujetos de los barrios más vulnerados y excluidos?

Por último, considero que desconocer los diferentes dispositivos con los que se aborda la problemática del consumo y las adicciones sería un déficit en cuanto a la formación del profesional en psicología. Por eso el presente texto es un modo de dar cuenta críticamente de los dos principales paradigmas desde los que se aborda dicha problemática. Pero además, y sobre todo, considero que el presente trabajo es una contribución más a la reducción de daños, en tanto investiga críticamente los modelos y contribuye a la difusión y producción de conocimientos académicos. Tratando de que se sea un aporte a las diferentes investigaciones sobre el tema.

Referencias bibliográficas:

Abonizio, M. (2008). "Antropología y Drogadependencia: El reloj de arena de las drogas". En *Antropología y salud: drogas, políticas, servicios y prácticas en salud*. Rosario: Delrevés Soluciones Gráficas.

Benedetti, E. (2015). *Hacia un pensamiento clínico acerca del consumo problemático. Notas político-epistémicas sobre modelos y estrategias de intervención*. Buenos Aires: Licenciada Laura Bonaparte.

Cañada, Errecaborde, Parada (Comp.) (2015). *Código Penal de la República Argentina*. Buenos Aires: Errepar.

Comes, Y. (2000). *Accesibilidad: una revisión conceptual*. Buenos Aires: Fac. Psico-UBA.

Escudero, M. (2001). "Legislaciones vigentes y políticas de salud en drogadependencias; del ideal del bien común a la singularidad del caso por caso". En S. Inchaurreaga (Comp.) *Drogas y políticas públicas*. Buenos Aires: Espacio.

Freud, S. (1985). *El malestar en la cultura*. En *Obras completas*, tomo XXI. Buenos Aires: Amorrortu

García, E. (2009). *Proyecto de Ley, Despenalización de la tenencia para consumo personal*.

Gorbacz, L. (2006) Proyecto de Ley-Modificación de la ley de estupefacientes N° 23.737.

Gross y Pelayo, R. (2008). *Diccionario básico, Lengua Española*. México: Larousse.

Inchaurreaga, S. (1994). "La drogadicción como malestar social en los bordes de la modernidad". En *Malestares sociales en las fronteras de la modernidad*. Rosario: UNR

Inchaurreaga, S. (1996). "Cuestiones teóricas y clínicas a cerca de la abstinencia". En *Drogadependencias y reflexiones sobre el sujeto y la cultura*. Rosario: Homo Sapiens.

Inchaurreaga, S. (Comp.) (2003). *Las drogas. Entre el fracaso y los daños de la prohibición. Nuevas perspectivas en el debate despenalización-legalización*. Rosario: Amalevi

Inchaurreaga, S. (Comp.) (2009). *Manual sobre derechos humanos y uso de drogas*. Rosario: CEADS-UNR.

Ley N° 23.737. (1989). *Tenencia y Tráfico de Estupefacientes*. Boletín oficial de la República Argentina.

Ley N° 26.657. (2010). *Ley Nacional de Salud Mental*. Boletín Oficial de la República Argentina.

Lutereau, L. (2018). "Prólogo". En Farji Trubba, N. (Comp.) *Consumos problemáticos. Del fenómeno social a la operación singular*. Buenos Aires: Letra viva.

Michelli, E. (2001). "El riesgo de reducir daños". En S. Inchaurreaga (Comp.) *Drogas y Políticas Públicas*. Buenos Aires: Espacio.

Menéndez, E. (1992). Modelo hegemónico, Modelo alternativo subordinado, Modelo de autogestión. Caracteres estructurales. México: Universidad Autónoma Metropolitana.

O'Hare, P. y Riley, D. (2001). "Reducción de Daños. Historia, definición y práctica". En S. Inchaurreaga (Comp.) Drogas y Políticas Públicas ". Buenos Aires: Espacio.

Paveto, R. (2018). "Prevención y reducción de daños en los consumos problemáticos". En Farji Trubba, N. (Comp.) Consumos problemáticos. Del fenómeno social a la operación singular. Buenos Aires: Letra viva.

Reinaudi, M. y Tuttolomondo (2001). "El modelo de Reducción de daños en un servicio especializado de un hospital público". En S. Inchaurreaga (Comp.) Drogas y Políticas Públicas. Buenos Aires: Espacio.

SADyS (Depto. Clínico de CEADS-UNR) (2012). *Programa de formación*. Rosario: Circulación interna de CEADS-UNR.

Sibilia, P. (2012). *¿Redes o paredes? La escuela en tiempos de dispersión*. Buenos Aires: Tinta Fresca.

Siri, P. (2001). "Tratamientos de las adicciones en el marco de la reducción de daños. El fenómeno y la nocividad. Los tratamientos de sustitución. Nuevas experiencias en Latinoamérica". En Inchaurreaga S. (Comp.) Drogas y Políticas públicas Buenos Aires: Espacio.

Volnovich, C. (2008). "Conectados. ¿en soledad?". En *Revista Imago*, Ed 1°. Buenos Aires: Letra viva. Recuperado de <http://www.imagoagenda.com/articulo.asp?idarticulo=1535>