



UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

**“Diversas modalidades de abordaje en el
campo de las Adicciones”**

Autora

Lambertucci, Juliana

Legajo

L-5083/1

Docente responsable

Ps. Madeleine Maida Re

- Año 2018 -

INDICE:

TITULO, PRESENTACION DEL PROBLEMA.....	3
OBJETIVO GENERAL, OBJETIVOS ESPECIFICOS, PALABRAS CLAVES.....	5
DESARROLLO.....	6
ANALISIS DE LA MATERIALIDAD DISCURSIVA, CONCLUSIONES.....	21
BIBLIOGRAFIA.....	25

TITULO: “Diversas modalidades de abordaje en el campo de las Adicciones”

PRESENTACION DEL PROBLEMA:

El tema central de mi investigación son las adicciones. Este tema me interesó porque al realizar mis prácticas pre-profesionales, surgieron interrogantes acerca de los diferentes modos de abordajes de la problemática. Una vez pudiendo estar más cerca del campo de las adicciones, lo que me llamó mucho la atención y el gran empuje para hacer éste trabajo, fue ver las diferentes formas de abordaje en torno a ésta problemática, o por lo menos, las diversas miradas, hecho que descubrí por poder intercambiar diferentes experiencias con compañeros que realizaban sus prácticas en otros efectores muy diferentes al mío.

Al descubrir esto, me despertó muchísimo interés poder acercarme un poco más al campo de las adicciones, problemática tan diversa que encontramos en alto porcentaje en nuestra sociedad. Mi objetivo principal para llevar a cabo éste trabajo es no quedar sugestionada por el paradigma que sostenía toda la práctica del efector donde yo concurrí, sino más bien, poder ampliar mi conocimiento acerca de la forma de trabajar que se realizaba en dicho efector y también investigar acerca de otras posibilidades, otras miradas, otros paradigmas.

Lo último mencionado es para mí un desafío sumamente importante, porque me involucré en alta medida en el paradigma de “Reducción de Daños”, puse mucho empeño en tratar de entenderlo, porque era algo nuevo para mí, algo que no se escucha demasiado en la sociedad y que creo, implica un trabajo de deconstrucción de una mirada en cuanto a las adicciones que viene imponiéndose desde hace muchísimo tiempo y que por el momento

llamaré “Modelo Abstencionista”, para contraponerlo al paradigma de Reducción de Daños.

Espero poder llevar a cabo ésta investigación de la forma más neutral posible, haciendo foco en lo que verdaderamente me interesa, que es ampliar mi conocimiento acerca de las diversas modalidades de abordaje en el campo de las adicciones.

OBJETIVO GENERAL:

- Describir y comparar las principales concepciones de los diferentes paradigmas de abordaje de las adicciones.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Examinar los diversos objetivos de cada paradigma.
- Indagar las diferentes modalidades de tratamiento terapéutico en relación a cada paradigma.
- Explorar acerca de la concepción de "Prevención" que sostienen los diversos paradigmas.

PALABRAS CLAVES:

Adicciones – Paradigmas – tratamiento terapéutico – prevención

DESARROLLO:

Para dar comienzo a ésta investigación, me gustaría empezar por el concepto base del tema elegido, me refiero al término de “Adicciones”. Adicciones viene a definir tanto una enfermedad como un síntoma; una conducta individual como colectiva. Actualmente es considerada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) entre las enfermedades llamadas del “tercer estadio”; es decir, está dentro de aquellas enfermedades que alcanzaron proporciones epidémicas como resultado de los cambios en las condiciones sociales de las familias y las comunidades. Esto indica que actualmente se encuentra entre las preocupaciones de primer nivel a escala internacional en temas de salud, junto con el SIDA y con problemas asociados a la desnutrición y a la higiene (Levin, 2010).

¿Qué es una adicción? Según la Organización Mundial de la Salud (2004) es una enfermedad física y psicoemocional que crea una dependencia o necesidad hacia una sustancia, actividad o relación. Además sostiene que se caracteriza por un conjunto de signos y síntomas, en los que se involucran factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales. También afirma que es una enfermedad progresiva y fatal, caracterizada por episodios continuos de descontrol, distorsiones del pensamiento y negación ante la enfermedad.

Pero por sobre todas las cosas, me interesa hacer énfasis en que la misma, postula ya desde el principio que existen diferentes niveles de adicción:

1. Experimentación: es el caso donde la persona, guiada por la curiosidad, se anima a probar una droga, pudiendo posteriormente continuar el consumo o interrumpirlo.

2. Uso: el compromiso con la droga es bajo. Se consume los fines de semana y en oportunidades casuales. No existe deterioro laboral, social o familiar. No presenta episodios de intoxicación. El consumidor sólo busca un cambio de sensaciones. Sin embargo toda droga genera dependencia física o psíquica progresivamente y es fácil caer en el abuso.

3. Abuso: el uso se hace regular durante casi todas las semanas y hay episodios de intoxicación. Ejemplo: en alcohol una intoxicación es cuando ya se presenta una resaca, lagunas mentales. La droga va dirigiendo progresivamente la vida, se presenta deterioro académico, laboral, social y familiar. El estado de ánimo es cambiante (una vida normal y una vida adictiva y desconocida la mayor parte de veces por la familia).

4. Adicción: relación de amigos y familiar se rompe, dificultades académicas y laborales. La búsqueda de la droga se realiza de forma compulsiva. Es difícil la abstinencia. Hay compromiso orgánico. Hay conductas de riesgo como: promiscuidad sexual, uso de drogas intravenosas o combinación de varias drogas, el estado de ánimo depende de la etapa consumidor/abstinencia, accidentes automovilístico.

Ahora me resulta de sumo interés mostrar una cita que podemos ver en el D.S.M V:

Desde la publicación del DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) en 1980 hasta la del DSM-5 han pasado 35 años, en los que se ha asentado un esquema categorial según el cual se diferenciaba, por un lado, el abuso de sustancias, y por el otro la dependencia a sustancias. Aunque quizás algo simplista, el esquema imperante ha sido que, en el abuso, el sujeto no había perdido la libertad frente a la drogas. Básicamente se trataba de un uso no aprobado,

peligroso, desadaptativo o perjudicial. Por el contrario, en la dependencia sí había una pérdida de libertad frente a la droga. La propia APA y la OMS destacaban que “la dependencia da lugar a una pérdida total de la libertad, pues la persona se encuentra supeditada, controlada, en definitiva esclavizada por la sustancia psicoactiva, en otras palabras, la droga se convierte en un objeto autoritario que absorbe la personalidad del sujeto. (2015, P 101)

Ahora bien, la actual clasificación del D.S.M V (2015) no es la misma, sino que hay cambios en los criterios diagnósticos como así también en los términos usados para las clasificaciones, ellos son:

Control deficitario: Consumo de grandes cantidades de sustancia y lo hace durante un tiempo más prolongado de lo previsto. Deseos de dejar o regular su consumo y ante esto, esfuerzos fallidos por disminuir o abandonar.

Deterioro social: El consumo recurrente puede llevar al incumplimiento de deberes en los ámbitos académicos, laborales o domésticos. Se reducen o abandonan importantes actividades sociales, ocupacionales o recreativas debido al consumo de sustancias.

Consumo de riesgo: Puede producirse un consumo recurrente de la sustancia incluso en situaciones en las que provoca un riesgo físico. La persona consume de forma continuada a pesar de saber que padece un problema físico o psíquico recurrente o persistente que probablemente se pueda originar o exacerbar por dicho consumo.

¿Por qué me pareció indicado comenzar por éstas clasificaciones técnicas? Porque son las que van a sostener una de las ideas principales en donde quiero poner énfasis: no todo consumo de sustancias es un consumo problemático/ consumo de riesgo. Existen diferentes

niveles o diversas clasificaciones como así lo postulé, primer cuestión mítica del imaginario colectivo que quiero derrumbar basándome en las clasificaciones antes mencionadas. Que el uso de drogas se vuelva problemático depende de cada usuario, de su historia, de sus circunstancias y de su relación particular con la/s sustancia/s que consume.

Creo indicado ahora postular un artículo de la Ley de Salud Mental 26.657:

Se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.
(2010, Art 3ro)

Éste enfoque acerca del proceso salud/enfermedad, propone pensarlo en el marco de procesos sociales amplios en los que se juegan determinantes económicos, políticos, culturales y sociales. Se asocia la noción de salud con la de “calidad de vida” de las personas, familias, instituciones, redes sociales y comunidades. Una mirada acerca del sujeto como un sujeto padeciente, por fuera de las nociones de sujeto enfermo como lo postula la O.M.S. Al respecto, me parece pertinente postular la definición que propone Ferrara acerca de la salud/enfermedad:

La salud tiene que ver con el continuo accionar de la sociedad y sus componentes para modificar, transformar aquello que deba ser cambiado y permita crear las

condiciones donde a su vez cree el ámbito preciso para el óptimo vital de esa sociedad. El dinamismo requerido para interpretar el proceso S-E hace a la idea de acción frente al conflicto, de transformación frente a la realidad. La salud nunca es la misma, no se detiene y en cada instante de su devenir es distinta a la anterior. Es un proceso incesante cuya idea reside en caracteres histórico y social. (1985, P 14)

Con respecto al consumo problemático de sustancias, creo coherente poder justificar mi interés por ser uno de los temas ejes la Ley más importante que forma parte de nuestra carrera como Psicólogos, la anteriormente mencionada Ley Nacional de Salud Mental según la cual, los consumos problemáticos de drogas deben ser abordados como parte integrante de las políticas de salud mental. "Las personas con uso problemáticos de drogas, legales o ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud" (Art 4to).

¿Por qué me parece pertinente mostrar éste artículo de la Ley Nacional de Salud Mental? Porque como sujetos, como ciudadanos, los consumidores de drogas, como los demás, poseen las obligaciones y también derechos. Derecho a la salud, a la educación, al trabajo, a la igualdad, a la dignidad, a la libertad, a la privacidad, a la propiedad (Inchaurreaga, 2002).

Con lo anteriormente postulado me interesa que además de entenderse a las adicciones por fuera de la noción de enfermedad, también se la entienda por fuera de las nociones de delincuencia, de intoxicado, y así priorizar el concepto de sufrimiento, que hace hincapié en las situaciones de afectación de la salud mental y da lugar a la incorporación de la dimensión subjetiva referente al padecimiento. Además permite diferenciar a las adicciones de un tipo particular de estructura psíquica, permitiendo pensar la posibilidad de consumo

en el marco de las diversas estructuras psíquicas. Al respecto, Inchaurreaga (2002) refiere que desde posturas moralistas y moralizantes se han producido enunciados en donde se plasma una rápida asociación entre drogas, adicción, dependencia, abuso, enfermedad, delincuencia, violencia, muerte, amenaza e inseguridad social. De este modo, se ha generalizado y difundido la idea de que las drogas configuran un flagelo social de la sociedad actual y que, en calidad de tal, debe ser erradicado antes de que contamine con su mal al resto del cuerpo social. Esto obstaculiza toda posibilidad de detenerse y pensar, reflexionar, analizar, ampliar la perspectiva y formular alguna pregunta al respecto.

Considero, que es hora de reflexionar y construir un saber más centrado en la visión humanista, donde no existen los “buenos” y los “malos”, donde no existen drogas livianas y pesadas, estigma con el cual los usuarios de drogas ilícitas vienen cargando durante mucho tiempo y que lleva a la exclusión social y a la total negación de sus derechos, tanto como ciudadanos y como individuos que tienen derecho a elegir, aunque esa elección sea el uso de una sustancia ilícita. De esta manera creo, se podrá empezar a hacer foco en el sujeto, en las razones de su padecimiento y así poder dejar a un lado la sustancia que tanto acota nuestra escucha.

Ahora bien, me parece oportuno después de haber examinado un poco las diversas miradas acerca del término “adicciones” comenzar con el siguiente apartado de mi trabajo en donde voy a hacer foco en el tratamiento de ésta problemática. Chomalí y Rodríguez (2004) postulan que hasta hace un par de años, en el tratamiento del consumo de drogas existían sólo dos modelos posibles: el "moralista" y el de "enfermedad". Desde el modelo moralista, el consumo ilegal de algunas drogas se consideraba "inmoral" y merecía castigo. El modelo de enfermedad definía la adicción como un problema biológico-genético, por tanto, el consumo era respuesta a una

"adicción". El ideal era conseguir la abstinencia, y, por tanto, el énfasis estaba en reducir la demanda. Ambos modelos se fusionan en la orientación paradigmática de la "abstinencia total". Actualmente, el abuso de drogas es atacado desde dos frentes: reducción de la demanda (prevención y rehabilitación) y control de la oferta. En relación a la reducción de la demanda hay dos modelos conceptuales, uno proviene de la experiencia europea conocida como reducción del riesgo (o del daño), y por otro lado, existe el modelo de abstinencia total del uso de las drogas, modelo utilizado principalmente por Estados Unidos y la mayoría de los países sudamericanos. El modelo abstencionista posee como premisa básica una sociedad libre de drogas. Desde esta visión, el consumo en sí mismo es visto como el mayor problema y, por tanto, el hincapié se realiza a nivel de prevención primaria, es decir, evitar que se llegue a consumir drogas. El tratamiento está destinado a que la persona las deje en forma permanente, ya que la utopía que moviliza a este modelo es la construcción de un "mundo libre de drogas"; el énfasis se pone en la "reducción de la demanda". Por otra parte, los adherentes del modelo de reducción del daño postulan que el uso de drogas y sus efectos, constituyen un problema de salud pública y, por tanto, los subsanan como tal. Los programas de reducción de daños no pretenden la abstinencia en el consumo de drogas, sino que tratan de reducir las consecuencias que éste provoca, admitiendo la dificultad que muchas personas presentan para suspender el consumo. Si una persona no desea abandonar su consumo de drogas, se debe ayudarla a reducir los daños hacia su propia persona y hacia los demás.

Existen cuatro modelos o formas de pensar ésta cuestión que fueron utilizados a lo largo del siglo XX, los cuales aparecieron en forma sucesiva, teniendo en cuenta que la aparición de un nuevo modelo no implica la ruptura del anterior; ellos son:

1. Modelo Ético-Jurídico: Toma a las sustancias ilícitas como referente organizador enfatizando las medidas legales y penales. El consumidor de drogas es conceptualizado como un delincuente en una concepción de todo/nada. La prevención se centra en el ámbito educacional confiando en que la información despertará sentimientos negativos hacia las drogas. En cuanto al tratamiento es

inexistente dentro de este marco puesto que los delincuentes (consumidores) no son tratados, sino encarcelados.

2. Modelo Médico-Sanitario: Para este modelo el problema sigue siendo la sustancia, pero no ya en un marco de legalidad, sino que es conceptualizada como un “agente infeccioso” y por lo tanto, los usuarios son “enfermos”. Ahora sí aparece la necesidad de un tratamiento y de una prevención puesto que hay que curar y prevenir una enfermedad. La enfermedad es la adicción y el enfermo es un adicto. Bajo esta perspectiva, las sustancias adictivas son clasificadas según su potencial adictivo, de donde viene la clasificación entre drogas duras y blandas. Las acciones preventivas se centran en torno a la necesidad de informar acerca de los peligros de la droga. El tratamiento está dominado por el paradigma abstencionista (aislamiento del agente infeccioso) puesto que hay que desinfectar (desintoxicar), ya no por la sanción (prisión) sino por la información atemorizante.

3. Modelo Psico-Social: Este modelo, en cambio se centra en el sujeto como “entidad psicológica inmersa en lo social” y en las necesidades que lo llevan al abuso de sustancias. Se contempla por primera vez el tipo de vínculo que se establece entre el sujeto y la sustancia. Este modelo actúa en el nivel micro y meso social. También se encuadra en el paradigma de la “curación”. Sin embargo, ésta apunta a una enfermedad “social” manifestada en lo individual. Se introduce el concepto de prevención inespecífica como una serie de medidas indirectamente relacionadas con la drogadependencia pero que contribuyen a la promoción de la salud. Dentro de este modelo el tratamiento adscribe también al abstencionismo, pero trata al individuo en su dimensión psicosocial para intentar curarlo. La adicción es un desorden de la actividad psicológica del individuo.

4. Modelo Socio-Cultural: El énfasis de este modelo está puesto en el contexto social. Los consumidores de drogas son vistos como excluidos y la adicción es un síntoma de una enfermedad social. En cuanto a la prevención, se enfatiza la necesidad de inclusión de los individuos en el contexto social general. En cuanto a los tratamientos, aparecen las comunidades terapéuticas, se encara la prevención de forma orgánica con las condiciones sociales (Levin, 2010).

Al respecto Inchaurreaga (2002) refiere que desde los lugares de acumulación y concentración de poder-saber se plantea un modelo prohibicionista que recae sobre el consumo de ciertas sustancias tomándolas ilegales. Desde lo jurídico, se criminaliza al consumidor y se lo sanciona plenamente, o bien, se le impone una medida de “seguridad curativa”, acorde al texto de nuestra Ley de Estupefacientes. Esta establece una conceptualización del consumo como adictivo y por lo tanto fuerza a la persona a realizar un tratamiento de carácter obligatorio. Desde el discurso médico y psi se realizan clasificaciones y categorizaciones esgrimiendo en consecuencias terapéuticas y modelos de cura que proponen el encierro como condición y que, desde su apuntalamiento en el ideal de la abstinencia a la sustancia, plantean desintoxicación y deshabitación como objetivos para pensar la reinserción social. Desde los enunciados que se construyen en la sociedad, se atribuye a los consumidores ser dependientes de la sustancia que consumen en cierto circuito de culto contrario a la moral y las buenas costumbres. Es en función de ello que, sin dar lugar a que esa persona tome la palabra, se condena su práctica y se le llama adicto.

“Este dispositivo pretende desintoxicar al sujeto, evitando el contacto con el objeto droga siendo éste la causa de su adicción. Dentro de un proceso de tratamiento, la recaída es un motivo de cancelación de la terapia.” (Arbolito, 2016, P 11)

Ahora bien, al respecto me surgen diversas preguntas como por ejemplo, ¿Qué hacemos cuando una persona no puede o no quiere dejar de consumir? ¿Quedará sin posibilidad alguna de acompañamiento/tratamiento posible? ¿Qué pasa cuando el tratamiento no funciona? ¿Qué pasa cuando la prevención falla? Acá es donde me parece importantísimo poner en juego aquello que viene a postular la Reducción de Daños en las sociedades. Reducción de daños es una política y es una práctica, la de dar información y formas de evitar daños como el VIH-SIDA mientras el sujeto no puede o no quiere dejar de consumir drogas. Reducir daños es garantizar el acceso al sistema de salud de las personas que consumen drogas o

son adictas a ellas, decidan o no intentar abandonar el consumo. Asimismo, es reducir los daños sociales y subjetivos que derivan de situar un problema subjetivo, social y/o sanitario en el campo del derecho penal. La reducción de daños no configura en sí misma una resignación frente a la llamada guerra contra las drogas, precisamente porque aquello que propone es una reformulación de la problemática pensándola ya no en términos dicotómicos de una batalla llevada a cabo contra un objeto inerte. Más bien, consiste en una alternativa frente al fracaso de una modalidad de abordaje que no aloja a aquellas personas que no quieren o no pueden dejar de consumir drogas. Tendría lugar en aquellas situaciones donde la prevención haya fallado y donde el tratamiento no tenga aun cabida o que haya fracasado también. Se trata entonces de una prevención no del consumo en sí mismo, sino más bien de ciertas condiciones que hacen que un consumo se vuelva problemático obturando la posibilidad de formular un interrogante sobre ellas. La reducción de daños es un intento por evitar y disminuir los daños colaterales al mencionado consumo, sin negar el carácter nocivo que puede adquirir el uso de drogas; además no se tratará de un abordaje compulsivo que tenga como única finalidad la abstinencia total y definitiva, sino como algo que podrá venir por añadidura de su vinculación con el sistema socio-sanitario, del cual se encuentra alejado hoy por hoy. Se trata pues, de hacer lugar a la diferencia, destacando principalmente la singularidad de cada caso particular (Inchaurreaga, 2002).

Desde el punto de vista del imaginario social sobre drogas, se creó una representación social del consumidor que queda entre dos lógicas heterogéneas: el campo del narcotráfico y el del usuario de sustancias; es decir que, la figura del “adicto” condensa en el imaginario social la herencia de la respuesta punitiva y los tímidos esfuerzos sanitarios por alojarlo. Así se construye el estereotipo del “drogadicto” que se sinonimiza en la ecuación adicto = delincuente = violento = desviado = enfermo = joven. Así, la “droga” y “la drogadicción” se sitúan como entidades autónomas causales de “adicción” y de desviación social. No se distinguen umbrales entre un uso simple de sustancias, un consumo abusivo o una dependencia. Desde el punto de vista asistencial, las respuestas sanitarias

de corte abstencionista se rigen por criterios de umbral máximo de exigencia, llamados así pues establecen la supresión forzosa de sustancias como condición de inicio, despliegue y como objetivo central de un tratamiento. La comunidad terapéutica va a constituir el dispositivo estrella de este modelo. En línea con la Ley, el Plan Nacional de Salud Mental enmarca las adicciones en el ámbito de la Salud Mental, ya que, hasta el momento, las mismas no fueron abordadas desde este lugar, especialmente en lo referido al consumo de sustancias psicoactivas. Además, “el eje deberá estar puesto en la persona, en su singularidad más allá del tipo de adicción que padezca”. Es decir, que a nivel estrictamente legal se opera cierto corte respecto de la lógica ético-jurídica y médico-sanitaria, propugnando la adopción de los principios éticos sociales de inclusión comunitaria. Asimismo, dadas las dificultades que presentan los sujetos con padecimiento vinculado al consumo de sustancias, se impone adoptar criterios y prácticas inscriptas en la llamada reducción de daños. Por consiguiente, se optará por hablar de “consumo problemático de sustancias psicoactivas” en lugar de adicciones en la medida en que se trata de determinar la compleja trama de determinaciones a partir de la cual alguien consume. No se tratará saber tanto acerca de las drogas sino más bien por qué y para qué cada persona elige alguna sustancia, en qué momento de su vida lo hace, en qué contexto y cuando se vuelve problemático e interfiere en su vida cotidiana y la de su familia (Barrenengoa 2014).

Entonces luego de hacer éstos comentarios sobre dos modelos claramente diferentes en cuanto al abordaje de la problemática de las adicciones, creo oportuno no diferenciarlos como dos modalidades de abordaje diferentes, sino que me parecería más correcto hablar de dos miradas que se complementan, que se enfocan si se quiere, en diferentes instancias de intervención, o más bien, sus prioridades son en las diferentes instancias de intervención, pudiendo sin embargo hacer énfasis en la misma instancia. Pero creo que es importantísimo no borrar las diferencias, no hacer una simbiosis entre ambas miradas, ya que no podemos negar que hay concepciones que no se ajustan a una y a otra de la misma manera, no

admiten una única teoría entre diferentes nociones como pueden ser la de sujeto, la de salud/enfermedad, la de consumo, la de prevención, entre otras.

El modelo de reducción de riesgos y daños en el marco de la nueva legislación en materia de salud mental en nuestro país, aparece como una alternativa novedosa en el abordaje del uso problemático de sustancias en la medida en que el “umbral mínimo de exigencia” y el énfasis en la relación singular del sujeto con la sustancia permiten resituar las estrategias generando las condiciones de posibilidad para la inclusión de sectores de consumidores que no estaban incluidos en otros modos de abordaje. Se trata de pensar un “para todos” desde el sistema de salud en tanto oferta de potencial tratamiento, pero ya no bajo el discurso moralizante, medicalizante y sustancialista del abstencionismo sino desde la perspectiva de reducir los daños y riesgos que el consumo puede traer aparejado en cada quien. Al respecto, Barrenengoa (2014) refiere que curar a los adictos o volverlos a la normalidad, que dejen de consumir y lograr la abstinencia, era la única solución posible. No se tenía en cuenta a la persona ni a las razones que las llevaron a consumir ciertas sustancias y no otras. Por eso sostiene que hablar de adicciones resulta dificultoso, ya que no se trabaja con adicciones sino con personas a las que, por algún motivo, la vida se les complicó. Por eso no es necesario tanto “saber sobre drogas”, sino saber por qué y para qué cada persona elige alguna sustancia, en qué momento de su vida lo hace y en cual ese consumo es entendido como problemático, por qué y para quien. Debido a la multicausalidad del consumo problemático de sustancias psicoactivas, a los múltiples factores que condicionan el consumo de drogas y debido a su enorme complejidad, no existen estrategias sencillas para su prevención. Las políticas dirigidas a la prevención del consumo de drogas deben reunir la integralidad de factores que permitan desarrollar acciones selectivas para el grupo social,

considerando además las circunstancias que actúan estimulando o facilitando el uso de drogas y promover factores como el de información, educación, determinados valores, etc.; que actúan impidiendo o disminuyendo los factores de protección y así, lograr individuos menos vulnerables al consumo de drogas.

Es con respecto a esto último, que me gustaría agregar una cita de Inchaurreaga, en donde problematiza la noción de prevención:

En una complicidad supuestamente no intencionada la mayoría de las campañas de prevención insisten en transmitir un mensaje religioso o moralista, invitaciones a “ser bueno”, “no hagas eso que está mal”, mejor “sol sin drogas”... o veladas o explícitas amenazas que muestran cómo le queda el cerebro a quien se droga a diferencia de aquel que hace vida sana, o se exhiben pulmones ennegrecidos por la nicotina si su dueño fuma durante años, o se asocia droga a muerte o a la basura. Así la prevención no sirve a sus fines. Eso es claro. Pues ese tipo de prevención es publicidad y la publicidad vende. Pero vende algo que en este caso no se querría promocionar pues no hace más que despertar el deseo, invitar a la trasgresión...en suma, propiciar el consumo, brindando una colaboración inimaginada, y gratuita, a las campañas de publicidad de bebidas alcohólicas y cigarrillos. (1997, P 106)

Es por esto que creo que la prevención es un punto clave en el abordaje de las adicciones, pero sin perder de vista nuestro objetivo, ya que, un error puede traer aparejado grandes consecuencias como así lo postula Inchaurreaga. Hablar de prevención es otro de los puntos en donde creo difieren las diversas miradas en cuanto a la problemática de adicciones. Creo

que debemos pensar a la prevención como intervención, intervención necesaria entre la abstinencia y el uso problemático de drogas; para lo cual se deberán adaptar tácticas según requiera la ocasión. Es evidente que no se puede actuar de la misma forma con grupos que no tienen relación con sustancias, que con otros que están empezando a consumirlas o con otros en donde ya están apareciendo los primeros problemas del consumo. Las estrategias que con un grupo serían apropiadas, en otros pueden resultar insuficientes y hasta contraproducentes. Hablar de prevención es amplio, sabemos de los diversos niveles existentes y es por eso que me gustaría que quede claro a qué nivel de prevención se ajusta más cada modalidad de abordaje de la problemática adicciones. Al respecto De Andrés y Delàs (2000) sostienen que la definición más adecuada sobre el concepto de prevención sería: conjunto de esfuerzos que una comunidad por en marcha para reducir de forma razonable la probabilidad de que en su seno aparezcan problemas relacionados con los consumos de drogas. Además, en el campo de la prevención se distinguen tres niveles de intervención, de acuerdo a la relación que el individuo o grupo con el que intervengamos mantenga con las drogas:

1. Prevención primaria: Actúa antes de que se produzca el consumo. Su objetivo es impedir o retrasar la aparición de usos de drogas. Las actuaciones de prevención primaria requieren fundamentalmente una modalidad inespecífica de prevención del uso problemático de drogas.
2. Prevención secundaria: Actúa cuando ya se han producido los primeros contactos con el consumo de drogas. El objetivo fundamental sería evitar la instauración de usos problemáticos. Aunque en prevención secundaria es necesario desarrollar actuaciones inespecíficas, es imprescindible incorporar también actuaciones en las que el consumo de drogas sea tratado de forma específica, dada la relación que la población objetivo mantiene ya con las drogas.

3. Prevención terciaria: Es aquella que una vez instaurado un consumo problemático de drogas, intenta impedir que la situación o acontecimiento se agrave y persigue la disminución de las posibles secuelas asociadas al consumo.

Cabe señalar que normalmente se entiende como prevención lo que en esta clasificación corresponde al nivel primario y secundario, estando la prevención terciaria más asociada a las diferentes metodologías de tratamiento a drogodependientes: tratamiento ambulatorio, comunidad terapéutica, programas de reducción de daños o de objetivos intermedios, etc.

Es decir que podemos ver que desde una modalidad de prevención específica del uso problemático de drogas, encontramos tres niveles, como así lo sitúan los autores, en donde se puede intervenir frente a la problemática del consumo. No con iguales estrategias, no con idénticos objetivos, sino más bien, cada nivel tendrá su propio objetivo, y es allí, en el nivel de prevención terciaria donde podemos encontrar las diferentes metodologías de tratamientos que llevan a cabo las diversas modalidades de abordaje de las adicciones. Allí cuando el consumo problemático ya se instauró. Allí es donde cada una comenzará a actuar y a implementar sus diversas metodologías, siguiendo sus principios, convicciones, objetivos y metas; que como creo hice notar en éste recorrido, no son las mismas. ¿Habrá alguna mejor o más conveniente? Creo que sí, creo que la más conveniente es la que se adapte a la particularidad de cada sujeto, la que pueda abrir foco sobre su contexto, en el cómo, el por qué; pudiendo dejar un poco de lado la sustancia en sí. Creo que la más conveniente será la que requiera cada sujeto y con la que cada uno pueda sentirse libre de poder expresar, creo que la más conveniente será la que se ajuste a las necesidades de cada sujeto. La más conveniente sin dudas será la que le convenga a cada sujeto, único, particular e irrepetible.

INTERPRETACION DE LA MATERIALIDAD DISCURSIVA Y

CONCLUSIONES:

A partir del recorrido bibliográfico expuesto anteriormente, y teniendo en cuenta que cada sujeto es único e irrepetible, no creo que haya una única manera “exitosa” de tratamiento en cuanto a la problemática de adicciones. Las bases sobre las cuales se sustenta el paradigma abstencionista como el de Reducción de Daños no se excluyen entre sí, más bien creo que su relación es diferenciación más que de oposición, por lo tanto, en principio, creo oportuno marcar que son dos paradigmas que no se podrían comparar.

Habrán personas que necesiten interrumpir su consumo para sostener otras áreas de su vida, o quienes puedan empezar un proceso de deshabituación sin necesidad de abandonar la sustancia; pero como ciudadanos, como sujetos de derechos sostengo que serán ellos los encargados de, respecto de su condición, optar entre las diversas modalidades de tratamiento sin que su condición de “consumidor” sea una restricción o un impedimento de acceso al sistema de salud.

Desde mi opinión considero que la prohibición, la restricción, el castigo como forma de abordaje de las adicciones viene fracasando paulatinamente, se puede ver tanto en la oferta como en la demanda que sigue existiendo con respecto a las sustancias. Esto porque desde siempre se hizo énfasis en el objeto droga y en su abandono absoluto, pero de forma totalmente aislada de las condiciones sociales de producción de la drogadependencia, es decir, manteniendo la separación del objeto y de su contexto. Sin embargo, es imposible negar, que desde el surgimiento de éste paradigma hasta la actualidad, ha producido logros en personas que sí pudieron dejar de consumir para comenzar con el tratamiento. Es por

esto que siguen existiendo diversos “centros de día”, “granjitas de rehabilitación”, y demás instituciones que tienen como base éste paradigma y que siguen en camino teniendo grandes cantidades de sujetos que se sumergen en éste tratamiento terapéutico.

Por otro lado, teniendo en cuenta más la noción de ciudadanía, de derechos humanos, de derecho a consumir, y por sobre toda las cosas teniendo en cuenta la imposibilidad o negación de algunos sujetos a dejar de consumir; se crea una modalidad de acercamiento a los sujetos usuarios de sustancias para favorecer su acceso al sistema de salud, y por sobre todas las cosas, para preservar su condición de ciudadanía, de derechos. Desde éste paradigma como mencione durante mi desarrollo, no es necesario el abandono de la sustancia para comenzar un tratamiento, sino que más bien su objetivo está puesto en acercarle a las personas dispositivos de salud, para que así no queden marginados de la atención en Salud. Una vez inmersos en el sistema de salud, la principal tarea será la reducción de riesgos o daños, no solamente en lo que respecta a la sustancia, sino teniendo en cuenta la totalidad de áreas que componen a ese sujeto, como son la social, la legal, y por supuesto el área de la salud. El abandono o la disminución del consumo no es el fin primero, sino que se sostiene que éste vendrá por añadidura a un trabajo terapéutico, pero por sobre todas las cosas, creo, por añadidura a poder haberlos insertados en un sistema de salud que no los tenía en cuenta por sus condiciones de “consumidores”.

Considero que lo más relevante seria poder plantear objetivos intermedios entre la continuidad y el cese del consumo, pero por sobre todas las cosas, consolidar un sistema de salud que esté disponible para contener a personas que necesiten atención, con o sin abstinencia de drogas.

De ésta manera, se responde a los objetivos planteados en el comienzo de mi investigación, abordando punto por punto las cuestiones que más me interesaban con respecto a la problemática.

Por otro lado, me interesaría plantear una cuestión que me resultaba interesante desarrollar durante mi investigación como estudiante, pero que no hubiera sido posible llevarla a cabo, ya que esta cuestión tiene que ver con resultados, cosa que me llevaría años analizar desde mi papel de investigadora y además es una investigación que la podré llevar a cabo de una mejor manera siendo graduada.

Como futura graduada me gustaría llevar adelante una investigación acerca de las consecuencias psíquicas/emocionales que conlleva comenzar un tratamiento donde por un lado el umbral de exigencia sea máximo, es decir, abstención total, y otra en donde el umbral de exigencia sea bajo, es decir, que no haya necesidad de dejar de consumir para comenzar el tratamiento; una vez realizadas las investigaciones, seguramente en el marco de entrevistas con pacientes, me gustaría realizar una comparación entre ambas para lograr responder a objetivos que contemplen preguntas como: cuando una persona deja por completo de consumir de un día para el otro, ¿se podrá decir que se encuentra en un óptimo estado de bienestar psíquico/emocional? ¿O bien, la deshabitación paulatina de la sustancia permitirá una mayor estabilidad psíquica/emocional?

Me parece una problemática de suma incumbencia como psicólogos y como agentes de la Salud Mental, por eso quisiera dejar plasmada ésta inquietud personal que más allá de no desprenderse en sí de la presente investigación, es una inquietud que surgió de mis prácticas y por supuesto también el desarrollo de éste trabajo generó en mí más motivación;

de ésta manera me gustaría que sea un objetivo futuro de investigación durante mi próxima inserción en el campo y en la experiencia laboral.

BIBLIOGRAFIA:

American Psychiatric Association., Kupfer, D. J., Regier, D. A., Arango López, C., Ayuso-Mateos, J. L., Vieta Pascual, E., & Bagney Lifante, A. (1985). DSM-3: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (3ra ed.). Madrid [etc.]: Editorial Médica Panamericana.

American Psychiatric Association., Kupfer, D. J., Regier, D. A., Arango López, C., Ayuso-Mateos, J. L., Vieta Pascual, E., & Bagney Lifante, A. (2014). DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5a ed.). Madrid [etc.]: Editorial Médica Panamericana.

ARBOLITO, F (2016); Estrategias de abordajes de los equipos técnicos en prácticas asociadas al consumo de droga en organizaciones terapéuticas; Trabajo Final de Grado Pre-Proyecto de Investigación; Montevideo.

BARRENENGOA, P (2014); Consumo de sustancias: de la punición a la salud pública; Jornada de Investigación y Encuentro de Becarios de Investigación de la Facultad de Psicología; IV Jornadas de Investigación y III Encuentro de Becarios de Investigación de la Facultad de Psicología.

CHOMALÍ, C & Rodríguez, A (2004); Algunas consideraciones respecto a las metas u objetivos en las actuales políticas publicas acerca de la droga; Vol. 1, págs. 49-56; Argentina.

DE ANDRES, M & JORDI DELÀS (2000); Niveles, ámbitos y modalidades para la prevención del uso problemático de drogas, en Contextos, sujetos y drogas: un manual sobre drogadependencias. Barcelona

FERRARA, F (1985); Conceptualización del campo de la salud en teoría social y salud. Ed. Catalogo

INCHAURRAGA, S (1997); Drogas y drogadependencias Teoria, clínica e instituciones; C.E.A.D.S.-U.N.R; Rosario, Argentina.

INCHAURRAGA, S. (2002) Drogas: haciendo posible lo imposible. Experiencia de reducción de daños en argentina; Ed. A.R.D.A.-C.E.A.D.S.-U.N.R. Editora; Rosario, Argentina.

LEVIN, L (2010); Individuos, sustancias e intervenciones en las campañas públicas de la SEDRONAR; Instituto de Estudios Sociales sobre la Ciencia y la Tecnología (IEC) – Universidad Nacional de Quilmes (UNQ).

LEY NACIONAL N° 26657. Salud Mental. (2010)