

“Una aproximación a los diferentes Paradigmas de intervención sobre Consumo Problemático”

Extracto de la Tesina de Grado de la Lic. Romina Paula Lorenzo (Universidad Nacional de Rosario), año 2019.

Capítulo 1: Cuáles son los diferentes teorías y paradigmas que se fueron construyendo históricamente con respecto al tema del consumo problemático

En esta primera parte se desarrolla un análisis sobre la construcción social establecida hacia el consumo de sustancias. Luego nos detendremos en exponer los diferentes modelos de abordaje que se fueron dando históricamente, para poder entender desde que sustento se construyen las diferentes miradas a la hora de intervenir. Por último, focalizamos dicho análisis en las propuestas de intervención que actualmente están en vigencia, el modelo Abstencionista- Prohibicionista y el modelo de Consumo Problemático que va acompañada con la estrategia de Reducción de Riesgos y Daños.

En la sociedad consumista, en la que vivimos actualmente, los jóvenes son empujados a consumir bienes y servicios no esenciales para poder pertenecer y tener status, ésta ejerce una gran presión que muchas veces no es posible manejar. La cultura de la sociedad de consumo promueve a consumir para poder sentirse incluido.

“En las últimas décadas, la aplicación de políticas neoliberales produjo procesos de exclusión que trajeron aparejada una importante fragmentación social y el aumento de la violencia estructural. (...) Desde los años 60’, el consumo de sustancias psicoactivas ha ido en continuo aumento. Sin embargo, es a partir de los años 90’ que esta problemática se convierte en una clara manifestación sintomática de malestar, asociándola progresivamente y cada vez con más fuerza a otros conflictos sociales, tales como la violencia, la deserción escolar, la delincuencia, el VIH SIDA.

La forma que asume el rechazo social al aumento del consumo de drogas en la población juvenil surge de analizar el fenómeno de manera aislada y parcial, sin considerar que el mismo se da en un contexto caracterizado por el estímulo de prácticas de consumo desenfadado e indiscriminado, en el seno una sociedad que precisamente tiene al consumo de bienes y servicios como base de sustento económico y como fuente de su crecimiento.

Cotidianamente, desde los medios masivos de comunicación y desde los grupos de pertenencia, se fomentan la compra y el uso de bienes no estrictamente necesarios, si no a efectos de “ser”, “pertenecer”, en síntesis, “tener para ser”. Así, se promueve la satisfacción individual a partir de prácticas regidas por la inmediatez, que cobran mayor envergadura ante un contexto de crisis de las figuras de autoridad y ante la dificultad de los sujetos para encontrar y orientarse por ideales. Por un lado, entonces, experimentamos esa presión, la presión para consumir cada vez más, pero por el otro, se pretende impedir un consumo en particular, por juzgarlo como malo o dañino para el individuo, para la sociedad toda. Esta actitud resulta claramente contradictoria, produciéndose en consecuencia una evidente fractura entre un discurso y otro. Como sociedad, estamos alentando el consumo

generalizado de todo tipo de bienes y servicios pero al mismo tiempo intentamos prescribir el no consumo de las drogas, bajo el alerta permanente sobre los riesgos y daños de todo calibre que trae aparejado, además de los castigos de toda naturaleza. Y para ello, hacemos foco en los jóvenes sin considerar lo involucrados que estamos los adultos en esta contraposición entre el decir y el hacer, entre el prescribir hacia los jóvenes el no consumo, en tanto éste se realiza en la población adulta” (Ryan, 2009. pág 8-9).

Para poder introducirnos en el tema del consumo problemático es necesario poder definir el término de drogas, tomaremos lo que la Organización Mundial de la Salud² define científicamente por el concepto “Droga es toda sustancia, que poco tiempo después de ser incorporada en el organismo, produce una modificación de sus funciones” (Hourmilougué, 1997).

A partir de dicha de definición queda claro que son muchas las sustancias que podríamos considerar como drogas. La distinción que vamos a realizar es de las llamadas drogas psicotrópicas “que son las sustancias que actúan sobre el sistema nervioso central, modificando las percepciones y/o las conductas. Si consideramos las sustancias psicotrópicas, psicoactivas o psicomoleculares (a veces mal llamadas estupefacientes) podemos afirmar que: Existen muchos tipos de drogas. Además de la marihuana, la cocaína, el Paco, el LSD y otras. También son drogas el tabaco, el alcohol, las pastillas para dormir, las anfetaminas. Algunas drogas son de origen natural, producidas a partir de vegetales (marihuana, alcohol) y otras son de origen sintético o artificial (ketamina, éxtasis) sin que esto implique que causen mayor o menor problema al momento del consumo” (Ryan, 2009. pág 15).

Como mencionamos anteriormente, la sociedad tiene mucha implicancia en la construcción de cómo se aborda el tema de las drogas, referenciamos que el contexto social en el que estamos insertos influye en las conductas que las personas tienen hacia los consumos. Y ahora analizaremos la clasificación social de las drogas, dicha clasificación es la que la sociedad en un tiempo y lugar establece como tal.

“La clasificación social divide a las drogas en: LEGALES: son las socialmente aceptadas, de producción y distribución dentro del circuito legal. Ejemplos de ellas son: el café, el mate, el tabaco, el alcohol. Dentro de las legales también se encuentran los medicamentos, pero dado que algunos de ellos tienen requisitos para ser adquiridos, se los diferencia como sustancias legales reguladas o bien intermedias (puesto que requieren de la intermediación de una receta debidamente extendida por un profesional habilitado). ILEGALES: son las socialmente prohibidas. La producción y distribución de estas sustancias se realizan a través de un circuito ilegal clandestino. En nuestra cultura, por ejemplo, son drogas ilegales la marihuana, el Paco, el éxtasis, la cocaína, el LSD, entre otras” (Ryan, 2009. pág 15).

Hay que aclarar que a veces se tiene la presunción que si una droga es legal, no es dañina. Por el contrario, como afirma Ryan (2009), las drogas pueden causar daños independientemente de que sean prohibidas o permitidas, todo depende de cuánto, cómo, y dónde se las consuma.

“Dado que en la sociedad occidental actual se parte de la idea de que el uso/consumo de drogas es un “problema”, la respuesta más frecuente frente a él vino (viene) durante largas décadas de la mano del disciplinamiento social, lo que se tradujo en la estigmatización y la discriminación de las personas que llevan a cabo dichas prácticas. En la base de ambos conceptos está el de estereotipos sociales, que alude a creencias referidas a grupos, que son compartidas por los miembros de una cultura, por las que se adjudica un conjunto de atributos a un determinado grupo social. Cuando los estereotipos están ligados a evaluaciones negativas hacia determinados grupos sociales estamos en presencia de un

prejuicio. La estigmatización mencionada más arriba es el proceso por el que los atributos negativos adjudicados a una persona o un grupo quedan fijados a su identidad como estables e inmutables, padeciéndolos los imputados como una carga difícil de sobrellevar. Cuando la estigmatización y el prejuicio implican la adopción de conductas de rechazo hacia grupos sociales específicos, en diferentes matices y dimensiones, hablaremos de discriminación” (Kornblit, Camarotti y Di Leo, 2016, pág.4-5).

Tomaremos las diferentes representaciones y estereotipos que tiene la sociedad frente al consumo problemático de droga, realizada por el Ministerio de Educación de la Nación y otros, correspondiente al año 2016:

- “Cuando se habla de la droga, como causa de muchos de los males sociales se está concibiendo a una sustancia, es decir, a una cosa como protagonista de un proceso, sin advertir que el consumo de drogas es una consecuencia de una serie de influencias que llevan a que las personas incurran en esa práctica. Por otra parte, hablar de la droga en singular lleva a no tener en cuenta las diferencias entre los tipos de sustancias y sus efectos, así como a ocultar la importancia del consumo de las drogas cuyo uso está legalizado, especialmente el alcohol.”
- “Cuando se habla del flagelo de la droga se establece una relación entre, por un lado el castigo divino, la droga como castigo por una sociedad pecadora, y por otro se habilita una respuesta igualmente agresiva: al flagelo hay que combatirlo con medidas drásticas que depuren a la sociedad de este mal.”
- “Cuando se asocia el consumo de drogas a los jóvenes se limita el análisis del tema a la adopción de conductas por parte de un determinado grupo etario, ocultándose las raíces sociales que están influyendo para que ese grupo adopte tales conductas. Se niega así la responsabilidad de los adultos en la construcción del mundo que se les ofrece a los jóvenes, parte de los cuales pueden no encontrar cabida en él y, asimismo, se ocultan los consumos de drogas que llevan a cabo los adultos.”
- “Cuando se habla de la escalada del consumo de drogas se introduce un esquema determinista y uniausal en el que nuevamente la droga es el agente activo: el sujeto nada puede hacer frente al poder de la sustancia, que lo conduce a consumos cada vez más perjudiciales para sí mismo y para los demás. Por otra parte, si, como se dice, se empieza por alcohol, se sigue con marihuana y se termina en las drogas llamadas duras, como cocaína, etc., ¿cómo se explica que exista un gran número de personas que toman alcohol, en mayores o menores cantidades, y no pasan a otras drogas? Lo mismo se podría aducir con respecto a la marihuana o al éxtasis.”
- “Cuando se habla del vínculo causal entre consumo de drogas y criminalidad como si las drogas llevaran a cometer actos delictivos se establece una relación espúrea, dado que las dos variables están a su vez, en muchos casos, asociadas con marginalidad. No hay nada que pruebe que un acto criminal no hubiera tenido lugar si el individuo no hubiera estado bajo el efecto de una droga. Por otra parte, si las drogas fueran “criminógenas”, ¿cómo explicar que

la mayoría de los usuarios de drogas tanto ilícitas como lícitas no cometen crímenes o actos violentos?”

Diferentes Modelos de abordaje que se fueron dando históricamente

Una vez que ya caracterizamos como la sociedad construye los estereotipos sobre los consumidores de drogas, vamos a plantear los diferentes modelos que se fueron dando históricamente para el abordaje sobre el consumo problemático. Cada uno de ellos concibe al sujeto de diferentes maneras así como también a la sustancia.

Es importante tener en cuenta que estos modelos no se dan en la realidad de manera concreta, sino que son diferentes posicionamientos que sirven como guía. Para una información completa sobre cada uno de los modelos citaremos los conceptos del Informe 2015 realizado por Instituto de Investigación sobre Jóvenes, Violencia y Adicciones (2015) ¹.

Modelo Ético-Jurídico

“Surge hace más de cien años y es cronológicamente el primer modelo preventivo asistencial. El eje de análisis está puesto en la sustancia psicoactiva. Las sustancias psicoactivas (para este tipo de discurso: las drogas) son la causa de todos los males individuales y sociales, un flagelo compuesto de drogas, delincuencia, vicio. En este análisis el sujeto es un actor secundario, que se convierte en un objeto dominado por la sustancia psicoactiva. Como se trata de un modelo principalmente jurídico, su consideración de las sustancias está determinada por el criterio de legalidad, y por eso resulta primordialmente punitivo. Hay sustancias lícitas y sustancias ilícitas. Las segundas, resulta evidente, constituyen el “problema droga”. Según esta concepción, entonces, el consumidor de drogas ilícitas viola la ley y se convierte en un transgresor. De esta manera, la dimensión contextual queda reducida a la dimensión normativa (nada se dice de lo social, es decir, de ese contexto social que se hace texto subjetivo a nivel de la subjetividad), y la clasificación entre normales y desviados organiza el encuadre. Las categorías epistémicas que dominaban y dominan este tipo de análisis suelen ser: flagelo, delincuencia, vicio, desviación, anormalidad, etc.”

“Tratándose de un modelo punitivo, tanto la reducción de las sustancias psicoactivas a partir de la prohibición de su oferta, cultivo, elaboración, fabricación, distribución y venta como la penalización del consumidor son estrategias centrales. En ambos casos, son estrategias abstencionistas. Resabio de este modelo es la Ley Nacional 23.737, que penaliza en nuestro país la tenencia de sustancias psicoactivas ilícitas para consumo personal.”

Modelo Médico-Sanitario

“Este modelo surge a mediados del siglo XX y es una suerte de derivación del esquema preventivo-asistencial vinculado con las enfermedades infectocontagiosas. Se trata de una mirada médico-epidemiológica; por eso mismo, las adicciones son leídas en clave de enfermedad y el consumidor de drogas, como enfermo (no como transgresor y/o delincuente). En sintonía con el modelo ético-jurídico, el eje del análisis recae en la sustancia y no en el sujeto. Sin embargo, la causa del fenómeno no es pensada bajo un criterio normativo sino en conexión con su toxicidad o potencial adictivo, es decir, en relación con sus efectos clínicos (pero en cualquier caso, esos efectos siempre son leídos negativamente). Por eso mismo, la distinción entre sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas no resulta relevante para esta concepción, de modo que el alcohol, el tabaco y los

¹Dicho texto utilizó los aportes para el desarrollo de los cuatro primeros modelos de HELEN NOWILS. *La verdad sobre la droga. La droga y la educación*. Ed. Unesco. 1975. Pág. 13-19

medicamentos en general forman parte de lo que se construye como problema.”

“El modelo médico-sanitario se relaciona íntimamente con el pensamiento médico-hegemónico: comparten, a grandes rasgos, la misma concepción de salud como contraria a la enfermedad. La consideración del contexto en el análisis del modelo médico-sanitario hace eje en los actores de diverso tipo que pueden estar vinculados con grupos y/o poblaciones de riesgo, como niños y jóvenes, por ejemplo. Es decir, el entorno se lee en los mismos términos en que se leen las enfermedades infectocontagiosas: población de riesgo, contagio, contaminación. De esta manera, las estrategias de la salud pública son asimiladas a instancias de control y disciplinamiento sociales. 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.

La abstención aquí no se trata, sin embargo, de la sanción normativa sino de la comunicación - fundamentalmente a partir de campañas publicitarias- de los “daños” producidos por el uso de sustancias psicoactivas.”

Modelo Psico-Social

“A diferencia de las perspectivas ético-jurídica y médico-sanitaria, el esquema psico-social se concentra en el sujeto -o más precisamente, en el vínculo que ese sujeto construye con la sustancia-, y éste se convierte en el protagonista principal del análisis. Por eso mismo, tanto la condición lícita o ilícita como el estatus farmacológico de las sustancias son asuntos necesarios pero secundarios. Como consecuencia de esta modificación en el análisis (de la sustancia al sujeto), surgen una serie de conceptos -por ejemplo: uso y/o abuso de sustancias psicoactivas o adicciones- que permiten introducir una distinción entre consumo problemático y consumo no problemático, lo cual, no hay dudas, es incompatible con los dos primeros modelos tematizados.”

“El consumidor problemático tiene estatuto de enfermo. Pero la genealogía de ese consumo problemático no se explica como consecuencia del contacto del sujeto con la sustancia sino como síntoma de un malestar previo que el sujeto tiene con su medio social (familia, entorno, grupo de pertenencia, etc.). Si bien este modelo conlleva un avance en la medida en que pone énfasis en el sujeto y de esta forma destaca su vínculo con la sustancia, no contempla la dimensión social. El sujeto es considerado un enfermo, como mencionamos, y la génesis de esta enfermedad es psicológica, razón por la cual la lógica establecida En este modelo puede tender al psicologismo individualizante.”

Modelo Socio-Cultural

“Este modelo -que también surge durante la década de los '80- pone el énfasis en la dimensión macro-social. Entonces, las causas del consumo problemático y no problemático de sustancias psicoactivas se describen como cualquier hecho o fenómeno social. Las estructuras sociales y sus factores socio-culturales y socio-económicos son los recursos, primeros y últimos, tenidos en consideración. Así, según esta mirada, el análisis de las diversas formas de presión, influencia y/o condicionamiento de lo social sobre el individuo parecen echar luz sobre este tipo de fenómeno. Cualquier exponente de este modelo podría sostener que “la droga funciona como evasión de la realidad” y es un síntoma de una sociedad en crisis. O si lo pensamos desde los individuos, en la manifestación de la imposibilidad de esa sociedad de ofrecer a esos individuos un proyecto existencial.”

Los modelos que siguen a continuación son tomados del libro Prevención del consumo problemático de drogas, desde el lugar del adulto en la comunidad educativa (2009)

Modelo Ético Social²

“A partir los cuatros modelos hasta aquí descriptos, se inició en Latinoamérica un análisis crítico de los enfoques vigentes. El FAT (Fondo de Ayuda Toxicológica) de Buenos Aires presentó en el año 1974 el Modelo Ético Social a la UNESCO. Su perspectiva, inscripta en una sociología crítica, no niega la validez de los enfoques parciales anteriores, sino que los integra en una síntesis superadora. Este modelo se refiere a la problemática del uso indebido de drogas y toma en cuenta no sólo la interacción de la tríada sustancia-persona-contexto, sino también la preocupación por la existencia, por el sentido de la vida. Considera que la enseñanza para la prevención de la drogadicción necesita de un “hilo conductor” a partir del cual la complejidad de los análisis adquiera sentido. Para determinar los alcances de una “ética social” afirma que es necesario construir un proyecto grupal.”

“Plantea una ética social a partir de la cual es factible conducir un fenómeno o proceso histórico, sin dejar de lado la multiplicidad de significaciones que de por sí implica el análisis de la drogadicción en el mundo actual. Tiene como premisas:

1. La felicidad es producto del tiempo creador.
2. La enseñanza preventiva en drogadicción debe dirigirse, preferentemente, a los educadores y padres.
3. La metodología de enseñanza debe tender a un “circuito de aprendizaje” que posibilite el desarrollo de un proyecto común entre educadores y alumnos.”

Modelo Multidimensional

“El Modelo Multidimensional considera el consumo como un proceso multidimensional en el que interjuegan la sustancia (elemento material), los procesos individuales del sujeto (su posición en relación con la sustancia) y la organización social en que se produce el vínculo de los dos elementos anteriores, incluyendo las dimensiones política y cultural. Se analizan los factores de riesgo y de protección como condicionantes que pueden, aunque no necesariamente, incidir en el consumo. Por lo tanto, el modelo preventivo apunta a la interrelación dinámica entre las características individuales, las del entorno cercano (familia, grupo de pares, etc.) y las del entorno macrosocial.”

“Siguiendo a estos dos modelos es que nuestro enfoque plantea para la prevención una intencionalidad transformadora al problematizar el significado social del consumo de drogas. Incorpora así la necesidad de articular acciones interdisciplinarias e intersectoriales, reivindicando el protagonismo de todos los actores sociales. La prevención no distingue entre “preventores y despreventados”; la trama social se fortalece o se debilita merced a una acción conjunta. De allí que intentar una aproximación al tema implica necesariamente prestar atención a los diversos mecanismos sociales puestos en juego y develar qué hay “más allá” de la percepción social generalizada. Desde esta conceptualización, la prevención no se concibe únicamente como una actividad linealmente orientada a la búsqueda de un efecto (reducción del consumo de drogas), sino como un replanteo global del lugar desde el cual el conjunto social encara la comprensión y la resolución de sus problemas.”

²Cita tomada del texto: Ryan, Susana. Prevención del consumo problemático de drogas. Desde el lugar del adulto en la comunidad educativa. Ministerio de Educación de la Nación. Buenos Aires.2009 .pag.23 “Un grupo de profesionales de FAT, bajo la dirección del Prof. Dr. Alberto I. Calabrese, desarrolló el «modelo ético social». Dicho modelo fue presentado ante la UNESCO y recomendado por este organismo internacional como modelo de prevención primaria aplicable a Latinoamérica, y en especial a la República Argentina, en lo concerniente a la educación relativa a las drogas”

“Por esto la prevención no se postula como una “lucha en contra de”, sino como “promoción”: promoción de alternativas, de protagonismo, de fortalecimiento de redes sociales, sentando sus postulados básicos en:

- El compromiso ético.
- La participación.
- La recuperación del sentido, siendo el tiempo libre el ámbito privilegiado por su posibilidad creadora.
- La construcción de un proyecto personal y articulado en lo grupal y social.
- La escucha como posibilitadora.
- La responsabilidad individual y social.
- La noción de prevención tradicional se amplía con la educación preventiva, que incluye la prevención no específica, entendida como promoción comunitaria.”

“En lo metodológico postula una dinámica eminentemente participativa, circular, tendiente a la elaboración de un proyecto grupal. Esto sólo puede concretarse a partir de promover y potenciar los proyectos individuales, inscribiéndolos al mismo tiempo en un proyecto común. La propuesta de este modelo es la de operar sobre la comunidad fomentando su integración en un proyecto solidario, alentando el trabajo en red en beneficio de la comunidad toda. Un proyecto preventivo construido desde este enfoque tiene como objetivo el logro de la participación de la comunidad en actividades tendientes a la autogestión.”

Formas de abordar esta temática

“Existen dos propuestas para dicho abordaje, las prohibicionistas y las de reducción de daños. Las primeras son las que han prevalecido desde fines del siglo XIX y la denominada reducción de daños se desarrolló desde mediados de la década de 1980 a través de actividades puntuales” (Menéndez, 2012, pág 11)

Sin embargo, estas propuestas no se toman de forma única y acabada. Son aproximaciones que plantean diferentes formas de intervenir y pueden surgir diferencias al momento de ponerlas en práctica.

Utilizaremos la investigación realizada por el Instituto de investigación sobre jóvenes, violencia y adicciones (2015, pág. 8) para desarrollar las ideas de cada una de las estrategias:

La estrategia Abstencionista-Prohibicionista

Esta estrategia pone especial énfasis en el objeto, es decir en la sustancia, como causa del consumo. Por lo tanto, es un objeto prohibido. El sujeto tiene poca participación. Lograr la abstinencia es la condición de inicio del tratamiento. Se desarrolla en comunidades terapéuticas, sobre todo en las comunidades cerradas.

Utilizan dos tipos de estrategias preventivas, una de ellas son las campañas publicitarias de prevención. “En su mayoría -con variantes y matices-, ubican la sustancia como eje central, y así surgen eslóganes como: las drogas controlan tu vida, viaje de ida, no te dejes caer en los vicios que quieren aprovecharse de vos”. Allí dejan entrever que el sujeto es un títere que se deja manipular

pasiva y dócilmente por la sustancia. También mencionan que algunas drogas son la puerta de entrada para otras más tóxicas, remarcando que las sustancias son las que dominan al sujeto. “Las publicidades que afirman que la droga enferma y mata dejan entrever el discurso médico-sanitario. Aquellas que apelan al flagelo como metáfora de la droga suelen explicitar el discurso ético-jurídico, es decir, la droga como un mal, una falla moral, algo ilegal. Campañas de esta índole comprenden, en la misma operación, dos propensiones: por un lado, a la pasividad del sujeto, que se deja manejar por la droga y se contrapone a un sujeto activo y responsable.” (Informe 2015).

“Otra estrategia preventiva, son las charlas informativas en las que se explicitan los efectos toxicológicos de cada droga. Se puede constatar que algunas de estas estrategias terminan por promocionar la sustancia, no la salud” (Informe 2015, pág. 9) A lo que se apunta es la reducción de la oferta de droga.

En síntesis estas intervenciones apuntan al objeto. Parten de la idea de la sustracción de la sustancia como estrategia crucial de intervención. “Y en este sentido, la estrategia abstencionista-prohibicionista se relaciona con el control: se concibe que, si se puede sustraer el objeto, se lo puede controlar; y de ahí se deriva la idea de una estrategia para la mejoría de una persona.” (Informe 2015).

Como mencionamos anteriormente, el abordaje en cuestión condiciona a la persona al futuro logro de la abstinencia. Si a lo largo de un tratamiento una persona consume, se lo plantea como recaída. En este sentido, una recaída implica pensar linealmente el consumo problemático como una enfermedad. “En esta misma lógica, si la cura es la abstinencia, entonces si el paciente vuelve a consumir, vuelve a enfermarse” (Informe 2015).

Consumo problemático

Siguiendo la línea que planteamos al principio del capítulo, volvemos hacer referencia que vivimos en una sociedad de consumo donde todos consumimos distintos bienes y servicio. Y el consumo problemático es una problemática más entre las emergentes de dicha sociedad. “El consumo de sustancias se inscribe como parte de un tejido social donde se consumen todo tipo de objetos. Consumos que permiten a muchos jóvenes sentirse incluidos en determinados contextos, aunque de forma ilusoria y de las maneras más precaria” (Informe 2015, pág. 17).

Al hablar de consumo problemático estamos sacando el foco del problema en la sustancia y trasladándolo al vínculo que los sujetos establecen con determinado objeto, sea sustancia psicoactiva o no. La idea es poder reflexionar sobre la relación compulsiva que tiene el sujeto con un determinado objeto que afecta la salud psicofísica y principalmente el lazo social. “La apuesta es alejarnos de una mirada estigmatizante hacia los sujetos que consumen sustancias para hacer eje en la restitución de derechos y la reconstrucción del lazo social a través de la salud comunitaria como una propuesta superadora” (Informe 2015, pág. 114). Con la noción de consumo problemático lo que se intenta es remover el estigma del término adicto, que tradicionalmente se vinculaba a los sujetos que había que sacar de la comunidad para que hicieran un tratamiento por ser considerados enfermos o delincuentes. “La noción de consumo problemático forma parte del paradigma de salud integral que propone la Ley Nacional 26.657 de Salud Mental, donde la sustancia no es el aspecto central sino la restitución de derechos humanos y sociales de los sujetos que atraviesan por situaciones de consumo” (Informe 2015).

La principal característica del consumo cuando se torna problemático es cuando el conflicto comienza a ser la misma persona que se comporta de manera distinta. A medida que aumenta la frecuencia del consumo se dificulta el sostenimiento de los vínculos interpersonales en diferentes ámbitos cotidianos.

La Lic. Susana Ryan (2009) detalla los factores predisponentes y factores desencadenantes que pueden llevar al consumo problemático:

Entre los factores que predisponen a la adicción, podemos mencionar algunos, tales como:

- Factores sociales: indiferencia institucional, ausencia de proyectos, falta de compromiso, descreimiento.”
- Factores familiares: dificultades para comunicarse, ausencia de pautas y límites claros, falta de momentos para compartir, poca contención.”
- Factores individuales: estructura psicobiológica de cada individuo.”

La relación entre los factores sociales, familiares e individuales puede predisponer para la emergencia de prácticas adictivas, pero en general es necesaria, además, la aparición de alguna situación de crisis, de un factor desencadenante.

Estas situaciones pueden ser diversas: frustraciones, problemas, carencias afectivas, crisis evolutivas, pérdida del trabajo, mudanza, pérdida de un familiar, de un amigo, de la pareja, fracaso escolar, etc.

“Los factores desencadenantes son situaciones que generan angustia y que si no se elaboran adecuadamente pueden llevar, como síntoma del problema no resuelto, a este tipo de consumo problemático de drogas.” Por lo tanto, la adicción es la manifestación de la conjunción de diferentes factores. A partir de ello, debemos inferir que es un síntoma visible que apunta a otra problemática.

Volvemos a retomar los vínculos que las personas tienen con las sustancias, ya que consideramos necesario profundizar en el tema.

Hay diferentes tipos de vínculos y no todos ellos son adicciones, ni necesariamente problemáticos. “Ante un determinado consumo, la posibilidad de generar mayor o menor problema para la persona o para la comunidad está dada por el vínculo que la persona establece con la sustancia en un determinado entorno. Por ello es necesario preguntarse quién consume, cuánto consume, dónde consume, cuándo y por qué lo hace” (Ryan, 2009, pág. 16).

Para analizar los diferentes niveles de consumo de acuerdo al vínculo que establece la persona con la sustancia es necesario tener en cuenta que esta relación puede ser de uso, de abuso o de adicción. El hecho de que la droga sea legal o ilegal tiene independencia respecto de esta clasificación. Para entender los diferentes tipos de relación la autora Susana Ryan, los explica de esta manera:

USO: todas las personas utilizamos drogas, a través de infusiones, cuando estamos enfermos o incluso cuando tomamos una copa de bebida alcohólica durante la comida. También se puede ser usuario de drogas ilegales. La característica del “uso” es que es siempre esporádico y ocasional, pero también se puede hacer un uso correcto o incorrecto. Por ejemplo, una persona que eventualmente consume alcohol y luego conduce un vehículo. O alguien que decide probar alguna sustancia alucinógena (droga ilegal) exponiéndose a los efectos y a cantidades que puedan derivar en una sobredosis. El uso esporádico también puede ser problemático.

ABUSO: el abuso de drogas puede darse con sustancias tanto ilegales como con legales. La característica del “abuso” es que en general se consumen en exceso y con cierta periodicidad. Abusar de drogas es por ejemplo, tomar medicamentos no recetados o en dosis mayores que la indicada; o beber alcohol en exceso. Hay una intencionalidad en el vínculo, que es consumirla para lograr algo, por ejemplo reducir la fatiga, mejorar el ánimo, divertirse.

ADICCIÓN: “la adicción” es cuando una persona siente o cree que no puede vivir sin la sustancia y la utiliza de forma permanente y de manera compulsiva. Cuando depende física y/o psíquicamente de ella. Se puede ser adicto tanto a drogas ilegales como legales.

Para profundizar un poco más el concepto de adicción hay que tener en cuenta que cuando hay adicción a una sustancia, se produce también dependencia a ella. En estos casos, las drogas se tornan indispensables en la vida cotidiana de quienes las consumen, no ya por el placer de consumirlas, sino para evitar el displacer que su ausencia causa en la vida del consumidor. Y por lo tanto, el consumo en estos casos pasa a ser consumo problemático. “La Dependencia es el estado psíquico o físico, provocado por el consumo continuo y reiterado en el tiempo de una sustancia. Siempre que se haya generado dependencia a una sustancia, ante la supresión del consumo se hará evidente el síndrome de abstinencia o de retirada. Síndrome de abstinencia, síndrome de retiro o estado de necesidad: son los trastornos psíquicos y/o físicos que surgen al interrumpir la administración de una droga cuando existe en el sujeto un estado de dependencia” (Ryan, 2009, pág.17)

En cuanto a lo desarrollado hasta ahora, ya podemos ver que si bien consumidores somos todos, algunos de estos consumos se pueden tornar problemáticos.

La estrategia de Reducción de Riesgos y Daños.

“Dos hechos fundamentales condujeron a que, en los últimos treinta años, varias corrientes internacionales de la reducción de riesgos y daños hayan ganado fuerza: (1) en Europa, los costos sociales, sanitarios y económicos que demanda el HIV/SIDA entre los usuarios de drogas intravenosas son superiores a los daños producidos por la sustancia misma; (2) el fracaso de las políticas de tolerancia cero y su inconmensurable costo social, jurídico y sanitario, que se traduce en población joven arrojada a la marginalidad, a la reclusión carcelaria, al incremento del consumo, de las intoxicaciones en virtud de las prácticas clandestinas de uso y del tráfico de drogas ³”

“Una de las características más importantes de la reducción de riesgos y daños es la posibilidad de disminuir la entrada a la adicción y los riesgos asociados con el consumo. ⁴” Dejar de consumir

3Cita tomada del texto del Instituto de investigación sobre jóvenes, violencia y adicciones. Informe 2015. Buenos Aires, 2015, pág 9: “Las estrategias de reducción de riesgos y daños se han combinado, en algunas experiencias, con abordajes conductistas y otros de orientación teórica diversa. Por ejemplo, en términos de política pública, en la actualidad se lleva adelante en Suiza un programa titulado Droga por droga, que consiste, fundamentalmente, en administrar la sustancia (en este caso, la heroína) por medio de profesionales y en buenas condiciones sanitarias, con lo cual se reducen los riesgos diversos presentes desde la obtención de la droga de un narcotraficante, las mezclas o productos tóxicos que puede haber, hasta el uso de jeringas descartables, etc. Naturalmente esta aplicación de la estrategia puede funcionar en un determinado contexto espacio-temporal y no en otro, aunque se parta de la misma matriz conceptual. Hacemos hincapié en que es insoslayable el pensamiento de una estrategia en clave de época y situación, y no se deben desconsiderar los resultados a menudo nefastos de la mera importación de estrategias”

4 Cita tomada del texto del Instituto de investigación sobre Jóvenes, Violencia y adicciones. Informe 2015. Buenos Aires, 2015, pág 9: “Esta estrategia, que surge como alternativa al modelo abstencionista-prohibicionista, tiene como principal antecedente histórico la creación del Comité Rollerston en 1926 en Inglaterra. Dicho comité generó estrategias de intervención que consistían en

no es una condición para el inicio del tratamiento. Por el contrario, se trata de orientar a la persona, que eventualmente no puede o no quiere dejar de consumir, para que pueda con la ayuda del profesional disminuir los riesgos que están vinculados con el consumo. Estos riesgos pueden ser: “(1) de la salud, como la transmisión de enfermedades; (2) sociales, por ejemplo, la estigmatización, la vulnerabilidad social; (3) legales, como la penalización por la tenencia de estupefacientes.”

Desde este posicionamiento se considera al sujeto activo y responsable, debe tener participación en su propio tratamiento y debe ser accesible para él. Es un sujeto al que se le deben brindar espacios de escucha para que se pueda preguntar, qué le está pasando, qué le pasa con su práctica de consumo.

Partiendo del hecho que la persona que está consumiendo se encuentra en riesgo, ya que hay situaciones a las que se expone y hay cosas que no sabe. Lo que se intenta es brindarle información a esa persona sobre su propio consumo como así también a cuidarse. Por eso desde la estrategia de reducción de riesgos y daños, la prevención que se propone es una prevención inespecífica, “que apunta a algo más que al no inicio o la supresión del consumo. Se debe tomar también la idea de prevención en tanto promoción: de posibilidades, de sentidos, de transformaciones, de fortalecimiento, de escucha, de activación de recursos y alternativas para resolución de problemas; en fin, de construcción de un proyecto vital, entramado contextual y textualmente.” (Informe 2015, pág.10).

Como su planteo principal es que dejar de consumir no consiste en el objetivo principal del tratamiento, emplea la estrategia de umbral mínimo de exigencia o umbral mínimo de requerimiento. “Dichas estrategias tiene como clave la no exigencia de abstención para el inicio del tratamiento, pero establece un piso mínimo de exigencia que debe cumplir quien quiera participar del tratamiento. (...) El horizonte está puesto en dejar de consumir de modo problemático. Siempre teniendo en cuenta que el umbral mínimo de exigencia debe ser definido en clave de época y situación” (Informe 2015, pág. 12)

En otras palabras lo que se intenta es la disminución del ingreso al consumo problemático y los riesgos que de ahí devienen. Por que como afirma el Documento oficial del Comité Científico Asesor en Materia de Control del Tráfico Ilícito de Estupefacientes, Sustancias Psicotrópicas y Criminalidad Compleja sobre los usuarios de drogas y las políticas para su abordaje, elaborado en 2009 “Del universo de personas que consumen sustancias, una inmensa mayoría no incurrirá en consumos problemáticos. Estos quedarán reservados a sujetos que se hallan en una especial situación de vulnerabilidad bio-psico-social.” (Informe 2015)

Con esta información lo que queremos reforzar es la idea de que no se trata de poner el eje en la sustancia, sino en el vínculo que los individuos establecen con ellas en un contexto determinado.

Para poder abordar desde la singularidad del sujeto “La noción de regulación del consumo es entendida ante todo como un movimiento en la posición subjetiva del paciente (...) Paulatinamente, el paciente es capaz de tomar ciertas decisiones respecto de su consumo. (...) Se espera que ciertos

la prescripción de heroína y cocaína como parte integrante del tratamiento, que favorecería la desintoxicación progresiva. Esta experiencia -que se disolvió en la Segunda Guerra Mundial- dejó su huella en la tradición de los médicos ingleses y sentó las bases para lo que en los años '80 vino a constituirse en tanto política pública y a llamarse reducción de riesgos socio-sanitarios vinculados al uso de drogas” brindar espacios de escucha para que se pueda preguntar, qué le está pasando, qué le pasa con su práctica de consumo.

cambios subjetivos posibiliten un manejo del consumo” (Informe 2015, pág. 13)

Tenemos que considerar a las adicciones como una problemática que se inscribe en el campo de la salud mental, no distinguir entre sustancias lícitas e ilícitas y la inclusión de las adicciones en las políticas públicas y por sobre todo su atención en los servicios de salud, son tres aspectos importantes para una propuesta de intervención en consumo problemático.

El consumo problemático es tema complejo y amplio por lo tanto debe ser abordado de manera interdisciplinaria e intersectorial, ya que una sola disciplina no responde acerca del padecimiento.

Bibliografía

Hourmilougué, Marcela Cristina. “Qué es una droga”. Consultable en:
http://www.oocities.org/marcelah_arg/qdroga.pdf, 1997

Instituto de Investigación sobre Jóvenes, Violencia y Adicciones. “Informe 2015”. Buenos Aires, 2015.

Kornblit, Camarotti y Di Leo. “Prevención del consumo problemático de droga”. Buenos Aires, Ministerio de Educación, Unicef, Instituto de Investigaciones Gino Germani, 2016

Menéndez, Eduardo L. “Sustancias consideradas adictivas: prohibición, reducción de daños y reducción de riesgos” En Salud Colectiva, vol. 8, núm.1. Universidad Nacional de Lanús Buenos Aires, Argentina, enero-abril, 2012. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/pdf/731/73123964002.pdf>.

Ryan, Susana. Prevención del consumo problemático de drogas. Desde el lugar del adulto en la comunidad educativa. Ministerio de Educación de la Nación. Buenos Aires, 2009.