

Raúl Ángel Gómez
comp.

Psicología de las Drogodependencias y las Adicciones



RAÚL ÁNGEL. GÓMEZ

(Comp.)

Psicología de las Drogodependencias y las Adicciones

 Editorial Brujas

Título: *Psicología de las Drogodependencias y las Adicciones*

Compilador: Raúl A. Gómez

Autores: Patricia Del Sotto Libonatti, Mariano Carrizo, Florencia Serena
Raúl Ángel Gómez, Stefanía Solange Malacari, Leticia E. Luque

Psicología de las drogodependencias y de las adicciones / Raúl Angel Gómez ... [et al.]
; compilado por Raúl Angel Gómez. - 1a ed. - Córdoba : Brujas, 2017.

Libro digital, PDF

Archivo Digital: online
ISBN 978-987-760-051-3

1. Adicciones. 2. Psicología. 3. Consumo de Drogas. I. Gómez, Raúl Angel II.
Gómez, Raúl Angel, comp.
CDD 150

© De todas las ediciones, los autores

© 2017 Editorial Brujas

Archivo Digital: online

ISBN 978-987-760-051-3

Queda hecho el depósito que marca la ley 11.723.

Ninguna parte de esta publicación, incluido el diseño de tapa, puede ser reproducida, almacenada o transmitida por ningún medio, ya sea electrónico, químico, mecánico, óptico, de grabación o por fotocopia sin autorización previa.



www.editorialbrujas.com.ar publicaciones@editorialbrujas.com.ar

Tel/fax: (0351) 4606044 / 4691616– Pasaje España 1486 Córdoba–Argentina.

ÍNDICE

Presentación	7
Introducción al campo de las drogodependencias	13
<i>Raúl Ángel Gómez</i>	
Teorías psicológicas de las drogodependencias y las adicciones. Los aportes de la psicología cognitiva.....	39
<i>Raúl Ángel Gómez</i>	
Los manuales diagnósticos y el consumo problemático de sustancias. El DSM IV-TR y el DSM 5.	79
<i>Raúl Ángel Gómez</i>	
La Prevención de los consumos problemáticos y problemas asociados Conceptos básicos	91
<i>Patricia Del Sotto Libonatti</i>	
Dispositivos terapéuticos para la asistencia de los problemas relacionados al consumo de drogas: La Comunidad Terapéutica como modelo y alternativa para el cambio	117
<i>Mariano Carrizo</i>	
Una mirada a la legislación argentina.....	153
<i>Florencia Serena y Raúl Ángel Gómez</i>	

Drogas y drogodependencias, elementos para una perspectiva histórica compleja	177
<i>Raúl Ángel Gómez</i>	
Cuando los medios de comunicación hablan de drogas	193
<i>Florencia Serena</i>	
Nuevas formas de consumo	211
<i>Stefanía Solange Malacari</i>	
Adicciones comportamentales	241
<i>Leticia E. Luque</i>	

PRESENTACIÓN

Los enfoques y desarrollos tradicionales en relación al uso problemático de drogas están hegemonizados por una perspectiva reduccionista del fenómeno desde lo que podríamos llamar un paradigma simplista. Estos desarrollos, frecuentemente, se centran en la información sobre las drogas, dando particular preeminencia a los aspectos biológicos y/o farmacológicos, reduciendo el problema a los efectos -sobretudo nocivos- que las sustancias producen sobre el organismo.

La perspectiva tradicional y hegemónica implica un centramiento en el “objeto” droga, produciendo el esperable corrimiento y/o desconocimiento, al menos parcial, del “sujeto” que establece una relación problemática con la sustancia. La consecuencia lógica de este modelo es la imposibilidad de interrogarse sobre las intervenciones, los dispositivos asistenciales, las políticas sobre el consumo problemático de drogas y su eficacia; generando, adicionalmente, un reforzamiento de los estereotipos que aún impregnan las prácticas preventivas, asistenciales y la formación de recursos humanos en la temática.

En el campo de la drogodependencia el paradigma dominante, la teoría convencional y hegemónica ha perdido fuerza explicativa, ha comenzado a acumular anomalías, ha dejado de ser un modelo-guía coherente y por lo tanto las acciones -asistenciales, preventivas, educativas- que de ella se derivan acumulan fracaso tras fracaso.

Este libro intenta responder a la necesidad de confrontar entre paradigmas tradicionales y los nuevos enfoques, construyendo el debate sobre la información proveniente de una sólida base científica en el problema de las drogas y sus consumos. El énfasis de los textos que integran este libro se poya en la definición de que el consumo de sustancias, sea problemático o no, es un comportamiento por lo cual todo modelo explicativo de una conducta es centralmente psicológico.

Los capítulos que integran este texto están al servicio de generar los insumos y herramientas para desarrollar en los profesionales de la Salud Mental una mirada crítica y “deconstructiva” del paradigma dominante y hegemónico en la temática de las drogas y las drogodependencias.

El primer capítulo, a mi cargo, es un intento de sistematizar lo que puede considerarse información básica sobre este tema. Presentado como una introducción, se desarrolla una revisión, mínima, de conceptos y cuestiones consideradas claves en la temática a los fines de lograr una introducción al campo de las drogodependencias.

En el segundo capítulo he intentado desarrollar algunos de los aportes que pueden hacerse a un modelo explicativo de los consumos problemáticos, tanto de las teorías del aprendizaje como los desarrollos de la psicología cognitiva. Es seguro que el recorrido no será todo lo exhaustivo y preciso que el estado actual del conocimiento permite, pero sirve al objetivo de acercar al lector a una primera aproximación a las teorías psicológicas de las drogodependencias y las adicciones.

El capítulo tres, también realizado por mí, tiene por objetivo recorrer brevemente los cambios más significativos en los criterios diagnósticos de los manuales, conocidos como DSM, que clasifican y diagnostican los comportamientos relacionados con el consumo de sustancias. La premisa para incluir este capítulos es que cualquier cambio en los criterios diagnósticos de los trastornos relacionados con sustancias es relevante, por ser un trastorno muy prevalente y si hay cambios pueden alterarse los datos de prevalencia y sobre todo por qué su diagnóstico tiene no solo implicaciones clínicas sino también legales.

En el cuarto capítulo, escrito por Patricia Del Zotto Libonatti, se parte de un interrogante acerca de si es posible la prevención de los consumos problemáticos de drogas. A partir de esto se realiza un recorrido histórico conceptual por los diferentes modelos de prevención. En el capítulo se exponen los fines y objetivos de las estrategias preventivas. Con el objetivo de ser exhaustivo en la temática se revisan conceptos tales como: niveles de prevención, ámbitos y los factores de riesgo y protección.

Mariano Carrizo, en el quinto capítulo, exhorta a identificar los antecedentes históricos de las modalidades asistenciales en la problemática de las drogodependencias, reconocer sus sesgos particulares y las condiciones que dieron lugar a las mismas, para poder interpretar con mayores elementos los modelos vigentes, sus límites y posibilidades. Aquí se presenta una sistematización exhaustiva de aquellas estrategias que se han dado, en el devenir histórico, para enfrentar y tratar de resolver, con mayor o menor éxito, los consumos problemáticos de drogas.

El sexto capítulo, escrito en conjunto por Florencia Serena y quien suscribe, se orienta en la posibilidad de historizar y contextualizar el origen y desarrollo del marco regulatorio legal de los comportamientos y situaciones relacionadas con las drogas, su uso y consecuencias, a fin de lograr una problematización desnaturalizante de la dimensión jurídico-política de las cuestiones relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas. El objetivo es dotar al lector de herramientas para realizar un análisis crítico de la legislación argentina vigente en materia de drogas, revisándola desde una perspectiva histórico-política y en este marco reflexionar sobre las implicancias de la ley 23.737 en el rol profesional del psicólogo.

En el capítulo siete, también a mi cargo, se proponen las herramientas teóricas que permitan la construcción contra-hegemónica de una perspectiva interdisciplinaria, compleja e historicista, para lograr el desarrollo de una mirada que pueda atender a todos los elementos que componen el fenómeno de la drogodependencia y su complejidad. Se plantea entender el tema de la drogodependencia como una totalidad determinada por la

interacción de los diversos elementos -Droga, Sujeto, Sociedad- que no pueden considerarse aisladamente o independientes.

El objetivo explícito del capítulo ocho, escrito por Florencia Serena, es dotar al lector de herramientas para una lectura no inocente de los distintos discursos sobre drogas que se infiltran en lo que se da a llamar “las noticias”, presentadas por los medios de comunicación como un discurso objetivo, irrefutable y “oficial”. La autora señala que tras los contenidos y actitudes específicos relacionados con las drogas, se ocultan valores e intereses de la cultura dominante, por lo que los medios de comunicación se convierten en su relación con la problemática de las drogas en un medio más de control social.

En el capítulo nueve, desarrollado por Stefanía Solange Malacari se pretende lograr una primera aproximación tanto al rol actual de las drogas como a las nuevas formas de consumo. En tanto al papel que juegan las drogas en el contexto actual, se aborda la relación entre drogas e identidades, caracterizando las diversas culturas juveniles en torno al consumo, como así también el protagonismo que toma la medicalización de la vida cotidiana. En tanto a las nuevas formas de consumo, se caracteriza los nuevos patrones de consumo de alcohol; los fenómenos de la previa o el botellón, el policonsumo y lo que denomina cultura “binge”.

Leticia Luque, en el capítulo diez, propone desarrollar un acercamiento “adicciones comportamentales”, expresión utilizada para referirse al conjunto de comportamientos propios de la vida humana, que se escapan de control, y cuyos síntomas y efectos son equivalentes a los de adicciones químicas. Partiendo del cuestionamiento a la condición de “nuevas” de estas adicciones pone en marcha un recorrido conceptual desde la clasificación de las adicciones comportamentales a la etiología, diagnóstico y tratamiento. En el apartado final desarrolla en profundidad el caso de la adicción a la tecnología.

La condición de psicólogos de los autores de este libro connota tanto sus alcances como sus límites. La honestidad intelectual ha sido la herramienta a la que hemos recurrido a fin de mitigar el sesgo disciplinario en el que hemos podido incurrir.

Como agentes de salud, es evidente que nuestro rol está marcado por ocuparnos de aquellos sujetos que han entablado una relación tal con una sustancia que le ha ocasionado una diversidad de problemas sociales, legales y de salud; pero es evidente que un paradigma que confiere al sujeto el doble status de enfermo y delincuente condiciona tanto nuestro saber cómo nuestro hacer en el tema.

Parafraseando a Jorge Luis Borges, en tanto científicos somos conscientes de que el ejercicio de la ciencia debe enseñarnos a eludir errores, no a merecer hallazgos.

Raúl Ángel Gómez
Córdoba, abril de 2017.

INTRODUCCIÓN AL CAMPO DE LAS DROGODEPENDENCIAS

Raúl Ángel Gómez

Introducción

El uso de drogas no es algo actual, dado que la historia de la drogas remite a la propia historia de la humanidad. Distintas sociedades han conocido y usado para distintos fines, individuales o colectivos, diferentes productos químicos a fin de alterar sus estados de ánimo, estimularse, sedarse, modificar su percepción y diversos procesos cognitivos (Davenport-Hines, R. 2003).

Hacia fines del siglo XIX y principios del XX, las ciencias de la salud en particular y las ciencias sociales en general, incorporan conceptos tales como *abuso de sustancia* y *drogodependencia*. Tales conceptos hacen referencia al vínculo patológico que un sujeto puede establecer con las drogas. Dicho vínculo se caracteriza por un patrón compulsivo de consumo que implica para estos sujetos un deterioro progresivo de su salud física, mental y de sus relaciones sociales.

Con el avance del conocimiento el abuso de sustancias y las adicciones comienzan, en la segunda mitad del siglo pasado, a considerarse no tan solo como una cuestión estrictamente médica y/o farmacológica, sino también desde una dimensión sociológica, interpersonal y psicológica. (Gómez, 2007).

El abuso de drogas implica la presencia en algunos sujetos de ciertas características, atributos individuales o *factores de riesgo* psicosociales que facilitan la transición de un consumo esporádico o irregular, a un consumo abusivo y compulsivo de drogas (Castro, et al, 2000).

Todo abordaje que se intente realizar en drogodependencia se encontrará con un fenómeno capaz de adquirir diversas expresiones, según las diversas variables socio-ambientales y subjetivas que entran en juego, complejizando los aspectos a considerar para cualquier elaboración conceptual que intente fundamentar una política sanitaria en relación a las drogas y sus usos. (Gómez, 2007).

A partir de la generalización y extensión de los fenómenos relacionados con el uso y abuso de drogas, la drogodependencia -ya como conjunto de fenómenos, como espacio de intervención o como objeto teórico-, ha impactado profundamente en las disciplinas del ámbito sanitario demandando y provocando elaboraciones teóricas ajustadas a sus características, renovaciones en las técnicas y modalidades de intervención acordes a sus nuevos objetos, suscitando nuevas temáticas y fenómenos a considerar (Gómez, 2007).

Ahora bien, algunos autores señalan que más que una disciplina o ciencia de la drogadicción lo que encontramos es una *región interdisciplinaria*, constituida fundamentalmente en la intersección de, por lo menos, tres disciplinas: la psicología, la farmacología y el derecho (Vida, E. 2007). Desde esa perspectiva es que en este texto utilizaremos el término “campo” para referirnos a toda la serie de fenómenos relacionados con el uso, abuso y dependencia de las drogas.

Desde la visión que se desarrolla en este texto y a la luz de los desarrollos científicos más actuales podemos decir que “*la droga*”, en sí, no existe: es el sujeto quien convierte ciertas sustancias en drogas, al establecer con ellas un tipo de relación y ciertos patrones de uso, como veremos en los apartados siguientes.

Las drogas son sustancias que se convierten en el objeto de una relación cuando ésta llega a hacerse adictiva. En los ámbitos científicos puede afirmarse, categóricamente, que la existencia de las drogas no es la causa de su consumo problemático. En la

producción del fenómeno existe una relación de multicausalidad entre el consumo de drogas, los factores de riesgo de la persona consumidora y su ambiente social (Acosta, et al. 2000; Castro, et al, 2000; Gómez, 2009).

Los abusadores de drogas son personas que entre sus dificultades encuentran el no poder dejar de consumir sustancias de forma permanente. Si bien pueden haber empezado a consumir voluntariamente, luego suele ocurrir que no creen que puedan dejar de consumir o bien intencionalmente no escogen dejar de hacerlo (Beck, 2000; Beck 1999).

La generalización de la problemática de consumo de drogas, su repercusión y tratamiento por parte de los medios de comunicación masivos han generado, en nuestro país, distintos intentos de respuesta por parte de profesionales de la salud, de la educación, y de la comunidad en general (Gómez & Carrizo, 2008).

Estos intentos surgen según las exigencias de los determinantes ambientales que marcan la tarea de distintos sectores o miembros de la comunidad. La experiencia acumulada permite señalar que no siempre las respuestas generadas poseen fundamento teórico ni están sostenidas en evidencia científica, probablemente debido a que surgen como reacciones urgentes y poco reflexivas ante la realidad del incremento del consumo de drogas legales e ilegales en los grupos de jóvenes más vulnerables (Becoña Iglesias, 2002).

Se evidencia que el problema de consumo de drogas ha sido muchas veces mal definido utilizando conceptos globales y onmiexplicativos, surgiendo controversias, discrepancias y debates ideologizados. Estos debates ponen en evidencia la existencia de un sistema de creencias generalizadoras constituidas por una diversidad de mitos y estereotipos en relación al tema drogas (Gonzalez Zorrilla, 1987; Gómez, R. 2007).

Ante esto, diversos autores han señalado que es preciso definir el problema de un modo objetivo y descriptivo: consumidores, sustancias consumidas, cantidad (dosis), frecuencia de utilización y causas (Nowlis, H. 1975; Gómez, 2007; Becoña Iglesias, 2002; Cortés y Mayor, 2002).

Los usos aprobados de las sustancias psicoactivas se han

definido siempre en el marco de cada cultura, y en consecuencia, difieren de una cultura a otra y tienden a cambiar a largo del tiempo. Cuando una droga se utiliza de una forma que difiere del uso aprobado por una cultura, se habla de abuso. De esta manera, los conceptos de uso y abuso de drogas (ver más abajo) están definidos por una cultura determinada en un momento histórico determinado, y no por un mecanismo psicofarmacológico (Stahl, 2002).

Se advierte entonces como necesidad una redefinición de las respuestas y explicaciones, donde la reflexión sobre este problema se constituye en instancia necesaria ante la intención de elaborar propuestas alternativas que impliquen un abordaje integral al mismo, sobre una sólida base científica.

Desde esta perspectiva, es preciso considerar la cuestión de la drogodependencia con sumo cuidado dado que en Argentina una gran parte de los sujetos en tratamiento por adicciones recibe atención en comunidades terapéuticas, fundaciones y centros de carácter privado (Ver Capítulo 5). Incluidos sujetos que realizan un tratamiento de deshabitación ordenado por instituciones judiciales o sujetos atendidos en primera instancia en centros hospitalarios y derivado formal o informalmente a organizaciones privadas (Vida, 2007). De esta manera la figura del psicólogo es constantemente requerida para una tarea que le era tradicionalmente ajena.

En el ámbito pedagógico y educativo la importancia e impacto de la problemática relacionada al consumo de drogas, recientemente ha cobrado gran relevancia. Así mediante instituciones intermedias, universidades y centros de formación se lleva a cabo un intenso trabajo de enseñanza, de información, de *aprestamiento*, al fenómeno de la drogodependencia. (Vida, 2007). Estos desarrollos curriculares recurren constantemente a conceptualizaciones provenientes de la ciencias del comportamiento; poniendo en evidencia el rol crucial de la disciplina psicológica en esta temática.

En las tareas del profesional psicólogo en el campo de las drogodependencias deben considerarse una diversidad de variables: históricas, políticas, sociales, legales, etc. Varios aspectos de estas variables deben tenerse en cuenta en el diseño de los planes

de formación de grado de los profesionales de la salud en general y de la salud mental en particular. Para mencionar sólo uno de estos aspectos a considerar, baste mencionar que en nuestro país la legislación vigente constituye a las drogas en objeto de una ley penal (Ley 23737), confiriendo, por ende, al usuario de sustancias psicoactivas el doble estatuto de enfermo y delincuente. Este doble estatuto afecta, de manera evidente, las condiciones en las que un profesional de la salud mental se aproximará a la problemática de la drogodependencia.

El lugar que ocupa el discurso psicológico en este tema es igualmente novedoso dado que los efectos secundarios asociados al consumo de una sustancia (como la habituación o la presencia de un síndrome de abstinencia) se habían mantenido tradicionalmente dentro de la esfera médica-farmacológica.

De esta manera, a partir de su aplicación al ámbito de la drogodependencia, la psicología no sólo asumirá como un objeto de investigación los fenómenos de habituación y dependencia sino que se desplegará todo un nuevo campo fenoménico de intervención (Vida, 2007).

No obstante las elaboraciones más recientes en la ciencia psicológica sobre drogodependencia, diversos autores han señalado la aparición de nuevas modalidades y patrones de consumo. Estos fenómenos abarcan, las prácticas de automedicación, las drogas para el estilo de vida y la modificación de los patrones de consumo de alcohol por parte de las nuevas generaciones (Cortés, Espejo y Giménez; 2007). Estas modificaciones han implicado la necesidad de complejizar, aún más, los modelos explicativos del consumo y abuso de drogas (Serena, 2009).

Los distintos modelos teóricos de abordaje de la drogodependencia se han centrado básicamente en analizar distintas variables, bien parcialmente o de modo comprensivo, para intentar comprender por qué unas personas consumen drogas y otras no. Con dicho conocimiento se estima que es posible aplicar estrategias preventivas y/o intervenciones adecuadas para que el consumo no se produzca o se detenga (Becoña Iglesias, 2002).

Cada uno de estos modelos es una atalaya desde la que puede contemplarse el uso de drogas y los fenómenos concurrentes, y que permite establecer diferentes recomendaciones y medidas encaminadas a modificar y/o prevenir el consumo problemático de drogas. Cada uno de ellos es una lente a través de la cual se pueden ver las drogas, el hombre, la sociedad, la historia y sus interacciones, el número y tipo de discriminaciones que se hacen dentro de cada factor, la índole de las reacciones y de la capacidad relativa a diversas instituciones y sectores profesionales en lo tocante a intervenir del modo más eficaz posible (Nowlis, H. 1975).

La identificación y enunciación de la diversidad de modelos de abordajes de la drogodependencia, y sus dimensiones ideológicas – políticas, permitirá problematizar la temática en cuestión, de manera que nos acerquemos a una “desnaturalización” de los conceptos y nociones que dominan en el problema del consumo de drogas y los fenómenos asociados.

En la construcción de este punto de vista surge la noción “campo” en referencia a las temáticas que intentan dar cuenta de los consumidores problemáticos de sustancias. Noción que nos acerca a la concepción de una región interdisciplinaria (Vida, 2007).

De esta manera es que hablamos del *Campo de las Drogodependencias*. Un campo es un sector determinado de la actividad social (estructuras simbólicas), un espacio social de acción y de influencia en el que confluyen relaciones sociales determinadas, es una red de relaciones objetivas entre posiciones. Estas posiciones se definen en su existencia y en las determinaciones que les imprimen a sus ocupantes por la situación actual o potencial en la estructura de distribución de poder o capital, y por las relaciones objetivas con las demás posiciones (Bourdieu, 1990).

Ahora bien, la noción de campo en esta temática no implica perder de vista que el consumo de sustancias, sea problemático o no, es un comportamiento por lo cual todo modelo explicativo de una conducta es centralmente psicológico (Becoña Iglesias & Cortés Tomás, 2008).

Para aproximarse al campo de las drogodependencia es necesario desarrollar una revisión, mínima, de conceptos y cues-

tiones consideradas claves en la temática a los fines de lograr una introducción a este campo. En los próximos apartados se realiza un recorrido de aproximación y revisión de estos conceptos y términos claves. Desde esta perspectiva, será posible en este texto un abordaje crítico, apoyado en una base científica, de las prácticas y concepciones implícitas en los abordajes que se hacen del consumo problemático de sustancias.

Conceptos básicos y términos claves:

Hay varios conceptos que nos permiten comprender y acercarnos a una puesta en común a fin de acordar a que nos referimos cuando hablamos sobre drogodependencia y drogas. Partimos de la premisa que una delimitación, aunque esquemática, de los términos drogas, drogodependencias, como otros conceptos relevantes tales como el de abuso, adicción, síndrome de abstinencia, intoxicación, tolerancia, etc, permitirá una mejor transmisión y/o comprensión de las nociones centrales que este texto pretende desarrollar.

Asumiendo que todo criterio de inclusión es siempre arbitrario los conceptos aquí presentados son aquellos que se consideran como los más usados en la temática de las drogodependencia (Be-coña Iglesias, 2002; Sthal, 2002). Los términos claves que creemos importante definir se encuentran a continuación:

Abuso de sustancias psicoactivas. Se lo ha definido como la auto administración de manera no aprobada culturalmente, de cualquier fármaco o droga que produce consecuencias adversas. Como fenómeno psicopatológico se describe cuando hay un uso continuado a pesar de las consecuencias negativas que ello acarrea para el individuo. Generalmente se lo utiliza para delimitar los *usos* no aprobados culturalmente o los consumos problemáticos de drogas. El *uso* de una sustancia delimita un acto clínicamente no significativo, pues refiere a un consumo aislado o utilización sin un daño o deterioro de quien lo realiza y sin provocar el fenómeno de *drogodependencia*. El abuso ha sido definido como un trastorno

con criterios diagnósticos por el Manual de diagnósticos de los trastornos mentales en su versión anterior (DSM IV-TR).

Adicción: Un patrón conductual de abuso de fármacos o drogas que se caracteriza por una dependencia apremiante o uso compulsivo; y por una gran tendencia a recaer tras su interrupción. No está definida ni descrita por los manuales diagnósticos como el DSM.

Craving: es un término anglosajón que se puede traducir como el deseo intenso y prolongado de consumir una determinada sustancia; El deseo irresistible de consumir una sustancia juega un papel de gran importancia en los consumos problemáticos de sustancias como causa de recaída. En la práctica, el término se utiliza para describir la pérdida de control sobre el consumo, independiente del momento del consumo. Actualmente se lo ha incorporado como un criterio diagnóstico en el DSM 5.

Dependencia: Puede definirse como el estado adaptivo producido por la administración repetida de una sustancia psicoactiva, que necesita de una administración continuada para evitar la aparición del *síndrome de abstinencia*. Se produce cuando hay un uso excesivo de la sustancia que produce consecuencias negativas significativas a lo largo de un amplio periodo de tiempo. Ha sido definida y descrita como un trastorno con criterios diagnósticos por el Manual de diagnósticos de los trastornos mentales en su versión anterior (DSM IV-TR).

Algunos autores relevantes, han diferenciado siempre la *dependencia física* de la *dependencia psíquica* (Becoña Iglesias, 2000; Schuckit, 2000).

Dependencia física: Estado de adaptación que se manifiesta por la aparición de intensos trastornos físicos cuando se interrumpe la administración de la droga o se influye en su acción por la administración de un antagonista específico. Dentro de la dependencia física los dos aspectos principales son la *tolerancia* y el *síndrome de abstinencia*.

Dependencia psíquica o psicológica: Puede describirse como la situación en la que existe un sentimiento de insatisfacción y un impulso psíquico que exigen la administración regular o continua de la droga para producir placer o evitar malestar.

Droga: No resulta fácil encontrar una definición de drogas que

sea compartida por la mayoría de los expertos. La dificultad obedece, quizás, a que se intenta englobar en un concepto único diversos tipos de sustancias utilizadas de diferentes maneras que muestran una variedad de efectos (Cortés y Mayor; 2002).

De acuerdo a la clásica definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) droga es “toda sustancia psicoactiva que, introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más funciones de éste”.

A los fines de este texto es conveniente distinguir el concepto de *Droga de abuso*, entendida como cualquier sustancia, tomada a través de cualquier vía de administración, que altera el estado de ánimo, la conducta, el nivel de percepción, los procesos cognitivos o el funcionamiento cerebral. Se aplica a todas aquellas sustancias que acarrear trastornos incapacitantes para el consumidor en la esfera personal, laboral, social, física y familiar, así como síntomas y estados característicos como intoxicación, tolerancia, dependencia y síndrome de abstinencia. Incluye tanto las de tipo legal, como ilegal.

En relación a su característica de presentar “psicoactividad”, por ser el Sistema Nervioso Central (SNC) el ámbito fenoménico principal donde se verifican sus efectos, se puede referir a ellas como *psicodrogas* (Ver más abajo).

Intoxicación: Estado transitorio consecutivo a la ingestión o asimilación de una sustancia psicoactiva (como de alcohol) que produce alteraciones significativas del nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas y psicológicas. Ha sido definido y descripto como un trastorno con criterios diagnósticos por el Manual de diagnósticos de los trastornos mentales (DSM 5).

Patología dual, trastorno dual y comorbilidad: Estos términos hacen referencia a la coexistencia de un trastorno mental y un trastorno por consumo de drogas. La coexistencia de ambos trastornos es altamente prevalente en los pacientes drogodependientes (Becoña Iglesias, Cortés Tomás, 2011). Algunos autores sugieren que puede ser más apropiado para referirse a esta coexistencia de trastornos el término de “comorbilidad” (Becoña Iglesias, Cortés Tomás, 2011).

Politoxicomanía, policonsumo o uso de sustancias múltiples. Abuso y dependencia que suelen darse en las personas que teniendo un diagnóstico principal de dependencia en una sustancia psicoactiva al mismo tiempo están consumiendo otra.

Síndrome de abstinencia. Es el conjunto de síntomas y signos psicológicos y fisiológicos que aparecen en una persona dependiente de una sustancia psicoactiva cuando deja bruscamente de consumirla o la cantidad consumida es insuficiente.

Tolerancia. Estado de adaptación caracterizado por la disminución de la respuesta a la misma cantidad de droga o por la necesidad de una dosis mayor para provocar el mismo grado de efecto.

Finalmente, desarrollaremos algunas cuestiones que son también básicas a la hora de comprender el mecanismo de acción de las drogas. El desarrollo de estas nociones será de suma utilidad para la comprensión de la acción y los efectos de las psicodrogas. Los factores específicos más importantes cuando se administra una droga son los que corresponden a la Farmacodinámica, la Farmacocinética, la Biodisponibilidad y las Vías de administración de la drogas.

La farmacodinámica: está referida a los fenómenos fisiológicos y bioquímicos que un fármaco produce en los sitios donde actúa. Esto es todo lo que la droga “le hace” al organismo en general y al cerebro en particular. Dentro de los fenómenos que pueden ubicarse en la esfera de la farmacodinámica están los cambios que una droga produce en los procesos fisiológicos de un organismo y en su conducta.

La farmacocinética: hace referencia a los procesos de absorción, distribución, metabolización y excreción de la droga. En otros términos, puede afirmarse que es todo aquello que el organismo “le hace” a la droga. Para que un fármaco pueda ejercer sus efectos debe alcanzar sus sitios de acción. De esta manera, el concepto de farmacocinética nos remite a la capacidad de un organismo de absorber, metabolizar y excretar una droga. Este concepto es importante en relación a los procesos de intoxicación, puesto que la

capacidad de un organismo de metabolizar y excretar a una droga es clave para estimar la magnitud e impacto de una intoxicación.

La biodisponibilidad: es la cantidad de droga que luego de absorbida llega al torrente sanguíneo y está en condiciones de atravesar la barrera hematoencefálica para ejercer su acción sobre el tejido del SNC. La llegada al torrente sanguíneo está condicionada por la *vía de administración* de la droga. Por ejemplo: una administración intravenosa (inyección en la vena) implica la entrada inmediata y en su totalidad de la droga en el torrente sanguíneo, esto es una biodisponibilidad del 100%.

Las vías de administración de las drogas: Las denominadas psicodrogas para ejercer su efecto deben alcanzar su lugar de acción, el cual está localizado en el SNC. De esta manera cobra importancia la vía por la cual la sustancia es introducida al organismo, puesto que, salvo excepciones (administración intracerebral) el mayor tiempo entre la administración y el efecto de la droga, estará determinado por los pasos previos a la llegada al torrente sanguíneo y el paso de la barrera hematoencefálica para alcanzar el SNC. Por lo cual el efecto de una misma droga puede variar según su vía de administración. Sumariamente, las vías de administración son:

ADMINISTRACIÓN ORAL: Es la forma más común de administración de drogas en humanos. La llegada al torrente sanguíneo (biodisponibilidad) está condicionada por factores tales como el estado gastrointestinal, lo que produce variaciones interpersonales en relación al tiempo y la cantidad de droga absorbida. En contraposición a ésta, el resto de las vías se denominan paraenterales. La drogas de abuso administradas por esta vía son generalmente las pastillas, tales como el Éxtasis y la Benzodicepinas.

ADMINISTRACIÓN INTRAVENOSA: Es la vía más rápida, la droga entra directamente al torrente sanguíneo y la biodisponibilidad es del 100%, lo que implica un efecto mayor y en menor tiempo. Requiere mayor cuidado y destreza que otras vías por parte del usuario, por lo cual suele ser un indicador de severidad del abuso o la dependencia.

ADMINISTRACIÓN POR INYECCIÓN SUBCUTÁNEA: Sólo es útil si la cantidad de droga es pequeña ya que las grandes cantidades son dolorosas. La biodisponibilidad varía según la sustancia. Si la droga se disuelve en aceite vegetal las moléculas de la misma se liberan lentamente a lo largo de varios días, esto es lo que se conoce como administración de drogas de acción prolongada. Hacia fines del siglo XIX la cocaína se administraba generalmente por esta vía.

**ADMINISTRACIÓN POR INYECCIÓN INTRAPE-
RITONEAL:** Su llegada al torrente sanguíneo es un poco menor a la intravenosa. Se realiza a través de la pared abdominal en la cavidad peritoneal. Los reportes de uso de esta vía con drogas de abuso son muy pocos.

**ADMINISTRACIÓN POR INYECCIÓN INTRAMUS-
CULAR:** Se aplica sobre un músculo como el muslo o las nalgas. Llega al torrente sanguíneo a través de los capilares sanguíneos que cubren el músculo. Es muy usada en farmacoterapia en humanos y poco usada en las drogas de abuso.

ADMINISTRACIÓN SUBLINGUAL: La droga es absorbida por los capilares sanguíneos de la boca. Su llegada al torrente sanguíneo es rápida. Es muy usada en farmacoterapia de urgencia en humanos y poco usada en drogas de abuso.

ADMINISTRACIÓN RECTAL: Se utiliza en humanos para evitar trastornos gastrointestinales y porque tiene una absorción rápida. Los reportes de administración de drogas de abuso por esta vía son raros o infrecuentes.

ADMINISTRACIÓN TÓPICA: Algunas drogas pueden ser absorbidas a través de la piel u otros tejidos. La membrana mucosa de las fosas nasales también puede ser considerada una vía de administración tópica, por lo que a la práctica de “*esnifada*” de cocaína se la considera de esta manera. En este último caso el término correcto es insuflación, y la llegada al SNC vía capilares sanguíneos es rápida.

ADMINISTRACIÓN POR INHALACIÓN: Es a través de los pulmones. Las drogas “fumadas” como la nicotina y la marihuana utilizan esta vía. Gran parte de las drogas de abuso son administradas por esa vía. La llegada al SNC es muy rápida.

Clasificación de drogas

Para clasificar las drogas se pueden seguir diferentes criterios, por ejemplo, por su origen (naturales, sintéticas, semisintéticas), por su estructura química, por su acción farmacológica, por el medio socio-cultural (legales-ilegales, institucionalizadas-no institucionalizadas, duras-blandas, más peligrosas-menos peligrosas) o con respecto al sujeto, utilizándose en este caso clasificaciones clínicas (Soler Insa, 1981).

Estos diferentes criterios responden a la diversidad de puntos de vista disciplinarios. Aunque no se cuestiona la utilidad metodológica y didáctica de estas clasificaciones, la verdad es que cualquiera de ellas presenta limitaciones reales importantes (Cortés y Mayor; 2002). Sin duda alguna, la clasificación de las drogas depende del contexto.

Asumiendo que todas las clasificaciones son parciales e insuficientes, una clasificación proveniente de la ciencia empírica debe poder establecer con claridad lo que son drogas, diferenciándolas de las que no lo son. Deben estar incluidas todas las drogas, algo que en algunos ámbitos, como la legislación penal, no parece tenerse en cuenta.

Siendo consecuente con una aproximación científica a esta temática, sabemos que el paso inmediato y superador de la mera observación es la de agrupar los objetos de estudio en grupos según características comunes y excluyentes. En este sentido, la existencia de clasificaciones de las sustancias psicoactivas remite a un concepto central y de gran importancia para las ideas desarrolladas en este texto: existen las drogas, no “la droga” en singular (Soler Insa, 1981).

Teniendo en cuenta la gran diversidad de drogas disponible en la actualidad, y que la característica común a las denominadas drogas de abuso es la “psicoactividad”, es decir, su capacidad para llegar al cerebro y modificar su funcionamiento habitual; en este texto tomaremos este último criterio de clasificación, atendiendo a que el principal interés de nuestra disciplina psicológica son los efectos de las drogas sobre el comportamiento y los procesos cog-

nitivos. Se hace a continuación una clasificación atendiendo a su principal efecto sobre el SNC.

Clasificación de drogas de acuerdo a su principal efecto sobre el SNC

Drogas depresoras del SNC:

Son aquellas sustancias que tienen la propiedad de disminuir o bloquear las funciones del SNC, tendientes a reducir el nivel de *arousal* (activación), producir relajación, sedación. Producen ralentización del procesamiento de la información y de las respuestas de los sujetos. Algunas de ellas pueden, en dosis bajas e inicialmente, producir excitación y estimulación.

1.1 Alcohol.

1.2 Opiáceos y Analgésicos narcóticos:

1.2.1. Heroína

1.2.2. Morfina

1.2.3. Codeína

1.2.4. Metadona

1.2.5. Propoxifeno

1.3. Sedantes y Ansiolíticos:

1.3.1 Diazepam

1.3.2 Alprazolam

1.3.3 Clonazepam

1.3.4 Flunitrazepam

1.4. Hipnóticos:

1.4.1 Barbitúricos

1.4.2 No Barbiturícos

1.5. Tranquilizantes mayores o anti psicóticos:

1.5.1 Levomepromacina

- 1.5.2 Clozapina
- 1.5.3 Haloperidol
- 1.5.4 Olanzapina

Drogas estimulantes del SNC:

Aquellas sustancias que tienen la propiedad de activar o estimular las funciones del SNC. Suelen aumentar la atención y el estado de alerta, pueden producir una sensación subjetiva de mayor rendimiento mental y físico, generando una ilusión de mayor capacidad intelectual y exceso de confianza en sí mismo. Disminuyen la sensación de fatiga y reducen el hambre.

2.1. Estimulantes mayores:

- 2.1.1. Diversa formas de Cocaína
- 2.1.2. Anfetaminas:
 - 2.1.2.1. Dextroanfetamina
 - 2.1.2.2. Metaanfetamina (speed)
 - 2.1.2.3. Metilfenidato

2.2. Estimulantes menores:

- 2.2.1. Nicotina
- 2.2.2. Xantinas:
- 2.2.3.. Cafeína
- 2.2.4. Teobromina

3. Drogas perturbadoras del SNC:

Son aquellas sustancias que pueden modificar la actividad mental produciendo distorsiones perceptivas, ilusiones y alucinaciones de intensidad variable. Pueden producir una sensación subjetiva de bienestar, relajación y euforia. También producen dificultades para fijar la atención, problemas de concentración, memoria y una marcada disminución de los reflejos y la coordinación motriz en general.

3.1. Alucinógenos:

- 3.1.1. Alucinógenos serotoninérgicos:
 - 3.1.1.1. Dietilamida del ácido lisérgico (LSD)

- 3.1.1.2. Psilocibina
- 3.1.1.3. Mescalina

- 3.1.2. Agentes anticolinérgicos alcaloides de la belladona:
 - 3.1.2.1. Atropina
 - 3.1.2.2. Escopolamina
- 3.1.3. Anestésicos disociativos:
 - 3.1.3.1. Fenciclidina (PCP: polvo de ángel)
 - 3.1.3.2. Ketamina
- 3.2. Derivados del cannabis:
 - 3.2.1. Marihuana
 - 3.2.2. Hachís
 - 3.2.3. Aceite de hachís
- 3.3. Drogas de síntesis:
 - 3.3.1. MDMA (Éxtasis)
 - 3.3.2. MDA
 - 3.3.3. MDEA
 - 3.3.4. DOM
- 3.4. Inhalantes:
 - 3.4.1. Solventes volátiles
 - 3.4.2. Nitrito de amilo y nitrito de butilo
 - 3.4.3. Anestésicos generales
 - 3.4.4. Gases propelentes en aerosol

Vulnerabilidad, factores de riesgo y protección

Las personas difieren en el uso que hacen de las drogas y el alcohol. Algunas personas nunca experimentan con ellas. De aquellas que la usan, algunas dejan de utilizarlas luego de algunas experiencias y no vuelven usarlas de nuevo. Otras continúan utilizándolas de forma irregular o pueden convertirse en un usuario regular y recurrente. Por último, algunos desarrollan un patrón patológico de uso de drogas que pueden terminar en drogodependencia.

Por lo tanto, no todo el mundo consume drogas, no todos los que consumen se convierten en usuarios regulares o irregulares y de

estos sólo algunos se vuelven usuarios compulsivos de las drogas. La diferencia en el resultado del comportamiento respecto a las drogas es atribuible a diferencias en la “*vulnerabilidad*” de los sujetos respecto al uso de las mismas (Glanz y Pickens; 1992). El intento de comprender mejor los factores que determinan la vulnerabilidad es un tema central de este texto. Comprender mejor los factores que contribuyen a la progresión del consumo de drogas de abuso es otro de los objetivos centrales de este texto.

Hablar de drogodependencias es hablar de diferentes personas que consumen drogas, en diferentes situaciones y con diferentes consecuencias.

Contrariamente a los prejuicios y mitos arraigados en nuestra sociedad, una persona no comienza a consumir hoy una droga y mañana tiene una dependencia de la misma. El proceso es mucho más complejo, más lento e impredecible.

Clásicamente se ha propuesto diferenciar, en el proceso adictivo, una fase previa o de predisposición, una fase de conocimiento, una fase de experimentación e inicio al consumo de sustancias, la fase de consolidación, pasando del uso al abuso y a la dependencia, la fase de abandono o mantenimiento y la fase de recaída (Becoña Iglesias; 2002).

Si bien hay acuerdo para afirmar que el origen del consumo de drogas se sitúa en la infancia temprana (Becoña Iglesias, 2002), de acuerdo a los datos epidemiológicos la iniciación real en el consumo comienza normalmente, para la mayoría de las personas, en la adolescencia temprana, y avanza a partir de aquí, según una secuencia bastante bien definida, a lo largo de la adolescencia media (Millman y Botvin, 1992, OAD 2006).

En sus primeras etapas, el consumo de drogas es infrecuente, se limita a una única sustancia y a situaciones sociales determinadas. A medida que aumenta la implicación, el consumo se incrementa tanto en frecuencia como en cantidad y progresa hacia múltiples sustancias.

Conocer los *factores de riesgo* y de *protección* que entran en juego en el desarrollo de un patrón patológico del consumo de drogas, se convierte así en un punto de gran relevancia para el

tratamiento y prevención de las drogodependencias.

Se entiende por factor de riesgo «un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento)» (Clayton, 1992, p. 15).

Por factor de protección «un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas» (Clayton, 1992, p. 16).

En ambas definiciones se observa la condición de *probabilísticos* de los denominados factores de riesgo o protección en relación a la vulnerabilidad de los sujetos (Newcomb y Bentler; 1998).

Los supuestos básicos que caracterizan la investigación sobre los factores de riesgo en relación con el abuso de drogas son los siguientes: 1) un simple factor de riesgo puede tener múltiples resultados, 2) varios factores de riesgo o de protección pueden tener un impacto en un simple resultado, 3) el abuso de drogas puede tener efectos importantes en los factores de riesgo y de protección, y 4) la relación entre los factores de riesgo y de protección entre sí y las transiciones hacia el abuso de drogas pueden estar influidas de manera significativa por las normas relacionadas con la edad (Becoña Iglesias; 2002).

Un factor de riesgo viene a ser una asociación o correlato entre un sujeto o situación y un resultado (Offord y Kraemer, 2000). De esta manera es una correlación y de ahí que hablemos de un correlato con una probabilidad de resultado.

A su vez Offord y Kraemer (2000) distinguen tres tipos de riesgo: *marcador fijo*, *factor de riesgo variable* y *factor de riesgo causal*. El factor de riesgo que no puede cambiarse ni modificarse sería el marcador fijo, como por ejemplo el sexo, etc. Cuando un factor de riesgo puede cambiar espontáneamente dentro del sujeto o como resultado de una intervención se habla de factor de riesgo variable. Cuando un factor de riesgo puede ser manipulable y cuando dicha manipulación cambia la probabilidad del resultado, ésta se llama

el factor de riesgo causal. Pero además, aunque encontremos que un factor de riesgo es significativo, no debemos olvidar si es de relevancia clínica o social. Recordando que se trata de correlaciones, no es lo mismo la significación estadística que la relevancia clínica o social de los fenómenos.

El citado texto de Clayton (1992) ha insistido en que existen varios principios generales que se deben siempre tener en cuenta cuando hablamos de los factores de riesgo, que para él son cinco: 1) los factores de riesgo (características individuales o condiciones ambientales) pueden estar presentes o no en un caso concreto. Cuando un factor de riesgo está presente, es más probable que la persona use o abuse de las drogas que cuando no lo está.

2) La presencia de un solo factor de riesgo no es garantía para que vaya a producirse el abuso de drogas y, por el contrario, la ausencia del mismo no garantiza que el abuso no se produzca. Lo mismo sucede en el caso de los factores de protección. El abuso de drogas suele ser probabilístico y, en todo caso, es el resultado de la intervención conjunta de muchos factores.

3) El número de factores de riesgo presentes está directamente relacionado con la probabilidad del abuso de drogas, aunque este efecto adicional puede atenuarse según la naturaleza, contenido y número de factores de riesgo implicados.

4) La mayoría de los factores de riesgo y de protección tienen múltiples dimensiones medibles y cada uno de ellos influye de forma independiente y global en el abuso de drogas.

5) Las intervenciones directas son posibles en el caso de alguno de los factores de riesgo detectados y pueden tener como resultado la eliminación o la reducción de los mismos, disminuyendo la probabilidad del abuso de sustancias. Por el contrario, en el caso de otros factores de riesgo, la intervención directa no es posible, siendo el objetivo principal atenuar su influencia y, así, reducir al máximo las posibilidades de que estos factores lleven al abuso de drogas.

En este texto Clayton (1993), enumeraba de forma genérica los siguientes factores de riesgo: tener problemas económicos, ser hijo de padres con problemas de abuso de drogas, ser víctima de

abuso físico, sexual o psicológico, jóvenes sin hogar, jóvenes que abandonan la escuela, jóvenes embarazadas, jóvenes implicados en actos delictivos y/o violentos, jóvenes con problemas de salud mental, jóvenes que han intentado cometer suicidio.

Más recientemente Becoña Iglesias (2002) propone la clasificación elaborada Pollard et al. (1997), quienes en base a un cuestionario diseñado para evaluar los factores de riesgo y protección, han planteado los que son más relevantes y que por ello deben ser evaluados. Estos autores los dividen en cuatro dominios: *comunidad, escuela, familia e individual-pares*.

Dentro de la comunidad los factores de riesgo considerados son: bajo apego en la crianza, desorganización comunitaria, migraciones y movilidad, leyes y normas favorables al uso de drogas y disponibilidad percibida de drogas y armas de fuego. En este dominio los factores de protección son reforzar la implicación en la comunidad y las oportunidades para esta implicación o integración en la comunidad (Becoña Iglesias; 2002).

En el dominio escolar los autores señalan dos factores de riesgo y otros dos de protección. Los de riesgo son el bajo rendimiento académico y el bajo grado de compromiso con la escuela. Los de protección las oportunidades por la integración en la escuela y los refuerzos por la implicación en la escuela (Becoña Iglesias; 2002).

Dentro del dominio familiar los factores de riesgo propuestos son la baja supervisión familiar, la baja disciplina familiar, el conflicto familiar, la historia familiar de conducta antisocial, las actitudes parentales favorables a la conducta antisocial y las actitudes parentales favorables al uso de drogas. Como factores de protección indican el apego a la familia, las oportunidades para la implicación familiar y los refuerzos por la implicación familiar (Becoña Iglesias; 2002).

Finalmente en el dominio individual y de pares, los factores de riesgo que estos autores consideran son la rebeldía, la temprana iniciación en la conducta antisocial, las actitudes favorables a la conducta antisocial, las actitudes favorables al uso de drogas, la conducta antisocial de los iguales, el uso de drogas por los iguales, el refuerzo por parte de los iguales de la conducta antisocial, la bús-

queda de sensaciones y el rechazo de los iguales. Y, como factores de protección la autodisciplina, la creencia en el orden moral, las habilidades sociales y el apego a los iguales (Becoña Iglesias; 2002).

Posteriormente Muñoz-Rivas et al. (2000) revisan extensamente los factores de riesgo y protección y los agrupan en *ambientales/contextuales*, *individuales* (genéticos, biológico-evolutivos y psicológicos) y *factores de socialización*. Por ejemplo, dentro de los psicológicos considera la depresión y la ansiedad, las características de personalidad (búsqueda de sensaciones, personalidad antisocial), actitudes favorables hacia las drogas y ausencia de valores ético-morales.

Estos autores (Muñoz-Rivas et al.; 2000) incluyen dentro de los factores de socialización los familiares, los factores relacionados con la influencia del grupo de iguales y los factores escolares. Específicamente, para los factores familiares consideran cinco: la estructura y composición familiar, el estatus socioeconómico familiar, la disciplina familiar, las relaciones afectivas y de comunicación, y las actitudes y conductas familiares hacia el consumo de drogas.

Desde hace años varios autores han propuesto que el consumo de drogas no se separe de otras conductas problema. Esto es, la persona que consume drogas, también lleva a cabo conductas violentas, de riesgo, etc (Becoña Iglesias; 2002). A esto se le ha dado distintos nombres, como el de síndrome de la conducta problema (Jessor, Donovan y Costa, 1991).

De modo semejante Félix-Ortiz y Newcomb (1999) incluyen todos los factores de riesgo y protección para el consumo de drogas bajo un solo factor de *vulnerabilidad*. El mismo estaría constituido por los factores de riesgo y protección en los siguientes niveles: intrapersonal, familiar, iguales y cultura y sociedad. De los factores de riesgo, algunos de ellos incrementarían más la vulnerabilidad que otros, aunque hoy no se conoce claramente la jerarquización de los mismos.

Este factor de vulnerabilidad serviría para explicar el consumo de todas las drogas, tanto consideradas en conjunto como separadamente para cada una de ellas (Becoña Iglesias; 2002).

El modelo epidemiológico del uso de drogas hipotetiza que el consumo está influenciado por el número más que por el tipo de factores de riesgo al que la persona es expuesto (Félix-Ortiz y Newcomb, 1999). Con frecuencia suele omitirse que los factores de riesgo no están solos. Junto a ellos están también presentes los factores de protección.

Un amplia literatura (Becoña Iglesias; 2002; Jessor, Donovan y Costa, 1991; Félix-Ortiz y Newcomb; 1999) ha relacionado los factores de riesgo, protección y la vulnerabilidad a la drogodependencia con otras conductas problema, especialmente a las conductas antisociales o consideradas problemáticas socialmente. Detectar los jóvenes vulnerables a este tipo de problemas es de gran relevancia y pone en evidencia la complejidad de los problemas agrupados bajo la categoría de drogodependencia (Ver Capítulo 2).

Finalmente es importante señalar que casi toda la literatura con base empírica en este tema ha concluido que, la mejora en las condiciones materiales de existencia (ej., reducción de la precarización laboral y el desempleo, mejora de la calidad educativa, accesibilidad a los servicios de salud; etc) y del ambiente psicológico (ej., crianza adecuada con una buena interacción con la familia y un adecuado nivel de afectividad; poder desarrollar sus capacidades y expresar sus opiniones; etc.) de las personas, son factores cruciales a la hora de pensar y diseñar abordajes eficaces en la problemática de las drogodependencia (Becoña Iglesias, 2002).

Referencias bibliográficas

- Acosta, M.; Gómez, R. A.; Peña, A. Y Murúa, V. S. (2000). Diseño y Validación de un Instrumento de Autoinforme para la Detección Precoz de la Vulnerabilidad al Abuso de Alcohol y/o Drogas. Publicado en las memorias de 11TH CONGRESS OF THE ASSOCIATION OF HEALTH POLICY Y VIII CONGRESO LATINOAMERICANO DE MEDICINA SOCIAL, La Habana- Cuba.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd ed.* Washington, DC: Author (trad. cast., Barcelona: Masson, 1995).
- American Psychiatric Association (2013). DSM-5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th Edition). Washington, DC: Author
- Beck A, Wright F, Newman c & Liese B (1999). Terapia cognitiva de las drogodependencias. Buenos Aires. Editorial Paidós.
- Beck A. (2000). Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización. Ed. Gedisa. Barcelona.
- Becoña Iglesias E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid.
- Becoña Iglesias, E & Cortés Tomás, M (2011). Manual de adicciones para psicólogos clínicos especialistas en psicología clínica en formación. Ed. Socidrogalcohol. Barcelona España.
- Becoña Iglesias, E., & Cortés Tomás, M. (2008). Guía Clínica de Intervención Psicológica en Adicciones. Guías Clínicas Socidrogalcohol Basadas En La Evidencia Científica.
- Bourdieu, P. (1990). Algunas propiedades de los campos. Sociología y cultura, 135-141.
- Castro, E.; Gómez, R. A. y Siccardi, R. (2000). Caracterización de consumidores problemáticos de sustancias psicoactivas. Publicado en las memorias de 11TH CONGRESS OF THE ASSOCIATION OF HEALTH POLICY Y VIII CONGRESO LATINOAMERICANO DE MEDICINA SOCIAL, La Habana- Cuba.
- Clayton, R. R. (1992). «Transitions in drug use: Risk and protective factors». En M. Glantz y R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse* (pp. 15-51). Washington, DC: American Psychological Association.
- Cortés, M. T. & Mayor, L (Eds) (2002). *Psicología de l'addició.* Universitat de València. España.

- Cortés, MT; Espejo, B y Giménez, JA. (2007). Características que definen el fenómeno Botellón en universitarios y adolescentes. *ADICCIONES*. Vol 19. Num 4, pp 357-372.
- Davenport-Hines, R. (2003). *La búsqueda del olvido. Historia global de las drogas*. Editorial Turner.
- Félix-Ortiz, M. y Newcomb, M. D. (1999). «Vulnerability for drug use among latino adolescents». *Journal of Community Psychology*, 27, 257-280.
- Glantz, M. D y Pickens, R W. (1992). “Vulnerability to drug abuse: Introduction and Overview”. En Glantz y R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse* (pp. 1-14). Washington, DC: American Psychological Association.
- Gómez R. A.(2007). ¿De qué hablamos cuando hablamos de Drogas? En Gómez, R. A. (comp.). *Drogas y control social*. (pp 103- 114). Córdoba: Editorial Brujas.
- Gómez, R. A. & Carrizo, M. (2008). Transformaciones en el mercado y consumo de drogas en Córdoba. *Parar la Olla. Periódico hoy la universidad* (2008). N°38 (Abril). Universidad Nacional de Córdoba. Argentina. Documento recuperado el 29 de enero del 2017 de: <http://www.unc.edu.ar/institucional/periodicohoylauniversidad/2008/numero-38/parar-la-olla>.
- González Zorrilla, C. (1987). Drogas y control social. *Revista poder y control, n° 2*, pp. 49-65.
- Jessor, R., Donovan, J. E. y Costa, F. M. (1991). *Beyond adolescence: Problem behavior and young adult development*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Ley 23.737. Tenencia Y Tráfico De Estupefacientes. Recuperado el 7 de marzo de 2017 de <http://www1.hcdn.gov.ar/dependencias/cdrogadccion/ley23737.htm>
- Millman, R. B. y Botvin, G. J. (1992). «Substance use, abuse, and dependence». En M. Levine, N. B. Carey, A. C. Crocker y R.T. Gross (Eds.), *Developmental behavioral pediatrics* (2nd. ed., pp. 451-467). Nueva York: Saunders.
- Muñoz-Rivas, M. J., Graña, J. L. y Cruzado, J. A. (2000). *Factores de riesgo en drogodependencias: Consumo de drogas en adolescentes*. Madrid: Sociedad Española de Psicología Clínica, Legal y Forense.
- Newcomb, M. D. y Bentler, P. M. (1998). «Impact of adolescent drug use and social support on problems of young adults: A longitudinal study». *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 64-75.

- Nowlis H. (1975). *La verdad sobre la droga*. París: UNESCO.
- Observatorio Argentino de Drogas. Área de investigaciones. SEDRONAR. (2006). Segunda fase del registro continuo de pacientes en tratamiento. Argentina 2005.
- Offord, D. R. y Kraemer, H. C. (2000). «Risk factors and prevention». *EBMH Notebook*, 3, 70-71.
- Pollard, J. A., Catalano, R. F., Hawkins, J. D. y Arthur, M. W. (1997). *Development of a school-based survey measuring risk and protective factors predictive of substance abuse, delinquency, and other problem behaviors in adolescent population*. Manuscrito no publicado.
- Schuckit, M. A. (2000): *Drug and alcohol abuse. A clinical guide to diagnosis and treatment* (5th ed.). Nueva York: Plenum Medical Book Company.
- Slapak, S. & Grigoravicius, M. (2006). Consumo de Droga: La construcción social de un problema social. Anuarios de investigaciones Vol. 14 (pp. 239-249).
- Soler Insa, P. A. (1981). “Clasificación de las drogas. Problemática e Historia”. Capítulo en Freixa, F. A.; Soler Insa y col. (eds): Toxicomanía un enfoque multidisciplinario. Barcelona. Fontanella.
- Stahl, SM. (2002). Psicofarmacología esencial. Bases neurocientíficas y aplicaciones clínicas. Editorial Ariel. Barcelona España.
- Vida, E. (2007). Estudios arqueológicos de la drogodependencia. Capítulo en Gómez, R. A. (comp.). (2007). *Drogas y control social*. Córdoba: Editorial Brujas.

TEORÍAS PSICOLÓGICAS DE LAS DROGODEPENDENCIAS Y LAS ADICCIONES. LOS APORTES DE LA PSICOLOGÍA COGNITIVA

Raúl Ángel Gómez

Introducción

Para entender o explicar la causa de un trastorno, sea físico o mental, una de las explicaciones que ha estado desde siempre presente es que este es una consecuencia de un déficit biológico, una causa genética, una lesión, o una alteración cerebral que es responsable etiológico del mismo (Frances y Paredes, 2014).

En el campo de las drogodependencias es innegable el papel que las distintas drogas producen en el Sistema Nervioso Central (SNC). Sin embargo, esta evidencia no es suficiente para sostener la conocida explicación reduccionista de que la causa del consumo problemático de drogas son sólo los aspectos neurobiológicos, o circunscribir el campo de estudio de las drogodependencias y las adicciones al mero efecto del funcionamiento cerebral, como consecuencia de la ingestión de una droga concreta (Becoña Iglesias, 2007; Lefio et al, 2013).

Diversos investigadores han intentado descubrir aspectos comunes en los procesos de adicción, refuerzo y abstinencia de

diversas drogas y sus correlatos neurobiológicos (Ripoll, 2011). Sin embargo, esta tarea no es sencilla. Las drogas tienen acciones neurobiológicas múltiples, incluso a veces contradictorias, suelen tomarse en combinación y en ambientes que es complejo simularlos en el laboratorio (Isorna Folgar, 2005). No obstante, en la actualidad se conocen con bastante detalle los mecanismos de acción neurobiológicos de las drogas (Ripoll, 2011).

Por otro lado, hoy también sabemos que centrar la explicación del problema de las drogodependencias exclusivamente en los aspectos neurobiológicos sería más que incorrecto, dado que hay factores antecedentes, concomitantes y consecuentes al consumo o no consumo que son iguales o más importantes que los biológicos (Becoña Iglesias, 2011).

En los medios de comunicación, lamentablemente, en muchas ocasiones, nos encontramos explicaciones simplistas de este tipo y consecuentemente esta concepción suelen ser casi hegemónica a la hora de instrumentar estrategias preventivas y asistenciales (Gómez, 2012).

Cualquier esfuerzo por revisar las distintas teorías existentes para explicar la experimentación con el uso de sustancias y si este uso lleva posteriormente a un consumo regular y compulsivo llega invariablemente a la conclusión de que los sujetos que llevan a cabo este tipo de consumo problemático es una parte siempre menor a los que no lo hacen, a pesar de que los prejuicios y mitos instalados intentan hacernos pensar lo contrario (Becoña Iglesias & Cortés Tomás, 2016).

Aunque que nos falte aún mucho por conocer, hay evidencia suficiente para afirmar que, además de este “modelo biologista”, dos modelos son totalmente deficientes para explicaciones científicas de los procesos asociados al consumo problemático de sustancias.

Estos son el modelo educacional -el cual explicaría el abuso como un producto de la ausencia de información precisa y disuasoria- y el modelo de enfermedad, el cual considera el abuso como una enfermedad irreversible y se exige la abstinencia total para manejar la enfermedad (Becoña Iglesias & Cortés Tomás, 2008; Frances y Paredes, 2014).

Es así que desde hace más de una década se plantea una “centralidad psicológica” de los abordajes posibles de los consumos problemáticos de sustancias. Pero también, se afirma que no existe una única forma de entender los procesos y determinantes de la conducta adictiva desde la psicología (Becoña Iglesias & Cortés Tomás, 2008).

A pesar de tanta certeza ideológicamente sostenida la realidad es que al intentar conocer las causas que llevan al consumo problemático de sustancias lo más concreto que encontramos es un verdadero “rompecabezas”, y la situación actual del conocimiento científico de la psicología nos impone el reto de resolverlo. Pero los intentos serios y sistemáticos de resolverlo basados en el conocimiento disponible indica que este “rompecabezas” se caracterizaría por estar formado por muchas piezas, siendo, además, cada una de estas piezas muy complejas y multidimensionales (Becoña Iglesias & Cortés Tomás, 2016).

Lo que surge de manera clara es que los modelos explicativos de los procesos psicológicos asociados a los consumos problemáticos de sustancias solo pueden ser asumidos como estructuras multivariadas y complejas. Esto es, modelos explicativos que puedan integrar el análisis de múltiples variables al mismo tiempo. Este tipo de mirada sólo puede ser desarrollada mediante métodos estadísticos que permitan determinar la contribución de varios factores en un simple evento o resultado como lo hace el denominado Análisis Multivariante; según el cual los factores de estudio son los llamados factores de riesgo, variables independientes o variables explicativas (Alaminos et al. 2016).

De la misma manera puede afirmarse que el consumo de sustancias, sea problemático o no, es un comportamiento por lo cual todo modelo explicativo de una conducta es centralmente psicológico (Becoña Iglesias & Cortés Tomás, 2008). Esta centralidad de los procesos psicológicos dentro de las explicaciones teóricas de las conductas adictivas no implica menoscabar la importancia de los abordajes sociales o biológicos. La conducta es el producto de múltiples factores, entre los que se encuentran los biológicos y sociales (Becoña Iglesias & Cortés Tomás, 2008).

Sin embargo, el estudio individual de la conducta adictiva exige un análisis funcional de las relaciones que existen entre los distintos factores y la conducta, con lo que la visión psicológica se convierte inevitablemente en la perspectiva dominante en el campo de las drogodependencias (Becoña Iglesias & Cortés Tomás, 2008).

La construcción de un modelo explicativo de los procesos psicológicos asociados al consumo problemático de drogas nos llevan invariablemente a las teorías del aprendizaje. Estas explican la conducta de consumo como un fenómeno de adquisición que sigue las leyes del *condicionamiento clásico*, *operante* y *el aprendizaje social*. Una línea de trabajo colateral a las teorías centradas en el aprendizaje nos lleva a apoyarnos en los aportes de Lazarus y Folkman sobre el estrés y las *estrategias de afrontamiento* (Becoña Iglesias, 2007).

En consonancia con el estado actual de la psicología los desarrollos más recientes nos acercan a otro tipo de teorías, que se centran en los procesos cognitivos como sustrato del comportamiento. Los enfoques cognitivos se centralizan en el papel de las percepciones de consumo de los sujetos en la toma de decisiones relacionadas con la iniciación y continuación del consumo de la sustancia. Las actitudes, las creencias y las expectativas de consumo, así como la autoeficacia, influyen en la evaluación de la toma de decisiones de los beneficios y de los costos de consumir (Becoña Iglesias 2007; Tomas et al, 2008).

En los apartados siguientes vamos desarrollar cada uno de los aportes que pueden hacerse a un modelo explicativo de los consumos problemáticos, tanto de las teorías del aprendizaje como algunos desarrollos de la psicología cognitiva. Es seguro que el recorrido no será todo lo exhaustivo y preciso que el estado actual del conocimiento permite, pero sirve al objetivo de acercar al lector a una primera aproximación a las teorías psicológicas de las drogodependencias y las adicciones.

Teorías del aprendizaje

El aprendizaje es un proceso básico en el ser humano y en los animales. A lo largo del tiempo las personas aprenden relaciones entre eventos en su ambiente y como los mismos tienen efectos sobre su conducta. Partiendo de la definición del *Aprendizaje* como “un cambio relativamente permanente en la capacidad de realizar una conducta específica como consecuencia de la experiencia”, se han propuesto explicaciones (a veces parciales) del consumo problemático desde cada uno de los distintos paradigmas de aprendizaje desarrollados por la psicología. En este apartado vamos a desarrollar una breve revisión de cómo se puede aportar a la explicación de los consumos de drogas, partiendo de las leyes y principios que rigen el condicionamiento clásico y operante.

Aportes del Condicionamiento clásico

Establecido y desarrollado por Iván Pavlov el condicionamiento clásico es un tipo de aprendizaje que consiste en emparejar un estímulo neutro (toque de una campana, por ejemplo) con un estímulo incondicionado (comida, por ejemplo) que produce una respuesta refleja o incondicionada (salivación). Este estímulo, originalmente neutro, adquiere en el proceso de condicionamiento la denominación de estímulo condicionado (Becoña Iglesias, 2002).

El procedimiento es bastante conocido: después de que el estímulo condicionado (EC) es seguido repetidamente durante varios ensayos por el estímulo incondicionado (EI) -en nuestro ejemplo toque de una campana-comida-, la asociación entre ambos se aprende. Este aprendizaje se expresa en que el estímulo condicionado (EC) por sí solo producirá una respuesta, que se llama condicionada (salivación), sin estar presente el estímulo incondicionado (EI) (comida). Esto es, una vez establecido el proceso de condicionamiento se salivará ante el toque de la campana sin estar presente la comida (Becoña Iglesias, 2002).

En el condicionamiento clásico los nuevos estímulos adquieren la capacidad de producir la conducta respondiente. Lo que el condicionamiento clásico de Pavlov demuestra es como aprendemos distintas conductas desde los estímulos

incondicionados innatos como son la comida, la bebida y el aire, mediante la asociación con otros estímulos del ambiente presentes (Becoña Iglesias, 2002; Laborda, 2009).

Por otro lado, en los humanos adquiere gran importancia el condicionamiento de segundo orden o de orden superior, en donde un estímulo (denominado EC2) puede producir la respuesta condicionada (RC) sin ser emparejado con el estímulo incondicionado (EI), siempre que haya sido emparejado previamente con otro estímulo condicionado (EC1). Los procesos de generalización y discriminación facilitan esto. Hoy sabemos que muchas respuestas pueden ser condicionadas por este procedimiento (Klein, 1994; Becoña Iglesias, 2002).

Es importante señalar que no siempre emparejar temporalmente un estímulo neutro con un estímulo incondicionado garantiza que se produzca invariablemente la adquisición de la respuesta condicionada (Becoña Iglesias, 2002). Son varios los factores que determinan si se adquiere o no la respuesta condicionada tras el emparejamiento de estímulo condicionado (EC)-estímulo incondicionado (EI) (Klein, 1994):

- 1) El EC y el EI tienen que estar en contigüidad temporal.
- 2) La magnitud de la RC está determinada por la intensidad del EC, del EI o de ambos.
- 3) La naturaleza del EC afecta a la magnitud de la RC adquirida tras el emparejamiento EC-EI.
- 4) El EC debe preceder a la aparición del EI.
- 5) El EC debe proporcionar una información más fiable sobre la aparición del EI que otros estímulos del ambiente.

Diferentes estudios han indicado que un principio importante del condicionamiento clásico que puede explicar algunos aspectos del consumo de drogas, es el de extinción (Laborda, 2009). La extinción de la RC se produce cuando se presenta el EC sin ir seguido del EI. Ante ello, la fuerza de la RC disminuye con el trascurso de los ensayos de tal modo que si continúan las presentaciones del EC sin el EI finalmente el EC dejará de producir la RC. Sin embargo, puede reaparecer la RC tras la extinción, denominándose a este proceso de recuperación

espontánea, lo cual es un grave problema en aquellas personas que han consumido previamente drogas y las han abandonado, ya que un nuevo consumo puede desencadenar este proceso (Klein, 1994). La evidencia experimental ha mostrado que el *craving* y el síndrome de abstinencia están controlados por señales ambientales asociadas al consumo (Gómez & Carrobles, 1991).

Uno de los ejemplos más conocidos es el proceso de condicionamiento, que algunos autores (Graña, 1994; Becoña, 1995, Becoña Iglesias, 2002) denominan *síndrome de abstinencia condicionada*. Esto implica que los episodios de abstinencia (respuesta incondicionada) se habrían apareado con estímulos ambientales (estímulos condicionados. De esta manera la presencia de estos estímulos (Un tema musical, frases, lugares, imágenes) o el hecho de pensar en ellos puede provocar una respuesta condicionada de abstinencia (Graña, 1994). O bien el condicionamiento entre la administración de la droga (EI) y determinadas claves ambientales (EC) puede desencadenar un episodio de “*craving*”, con la consecuente y posible recaída (Graña y Carrobles, 1991).

El *craving* son los deseos irrefrenables para consumir, cambios en el estado de ánimo y mayor angustia, que sólo puede ser aliviada por la utilización, nuevamente, de alguna sustancia (Beck et al 1999). Dado que las respuestas condicionadas compensatorias producen una mayor disposición a administrarse la droga, ello implica que las mismas incrementan el deseo o *craving* (Becoña Iglesias, 2002).

Otros estudios se ha demostrado que distintos estímulos ambientales influyen en el desarrollo de la tolerancia a las drogas (ej., Siegel, 2002). Este tipo de tolerancia se denomina conductual, diferenciándola de la disposicional (capacidad del organismo para convertir la droga circulante por el torrente sanguíneo en compuestos inactivos que son excretados) y de la farmacodinámica (Jaffe, 1982). Este tipo de tolerancia se denomina conductual y, no sólo depende de la experiencia directa con la droga, sino también, de la experiencia con las señales ambientales que están presentes en el momento de la autoadministración de la sustancia. Según estas investigaciones la tolerancia no es la consecuencia inevitable de la

estimulación repetida de una droga (Siegel, 2002), sino que ésta se modula por medio de las señales ambientales que están presentes en el momento de la administración de la droga.

Otro fenómeno que se ha observado es el de las respuestas *condicionadas similares*; esto es, se ha observado que algunos sujetos dependientes de la heroína manifiestan efectos subjetivos y fisiológicos similares a los de la heroína cuando se inyectan en su lugar una solución salina (O'Brien y Jaffe, 1993).

Finalmente puede mencionarse que algunos signos o síntomas de que se presentan durante la abstinencia podrían ser respuestas condicionadas compensatorias que el organismo desarrolla en el ciclo de administraciones periódicas. La hipertermia presente en el síndrome abstinencia alcohólico puede ser una respuesta condicionada compensatoria de la hipotermia periódica inducida por la ingesta regular de alcohol (Puerta Louro et al 2006). Estos autores demostraron la condicionabilidad de las respuestas compensatorias no sólo ante estímulos exteroceptivos (por ejemplo, lugar de consumo), sino también ante los interoceptivos, que pueden desempeñar el papel de ECs siguiendo un modelo de condicionamiento clásico de tolerancia a las drogas.

Aportes del Condicionamiento operante

Aportado al cuerpo teórico de la psicología por B. F. Skinner (1975) el condicionamiento operante es una forma de aprendizaje mediante el cual un sujeto tiene más probabilidades de repetir las formas de conducta que conllevan consecuencias positivas y, por el contrario, menos probabilidades de repetir las que conllevan consecuencias negativas

Desde mediados del siglo XX sabemos que la mayoría de la conducta humana se emite libremente, aunque está regulada por sus consecuencias; esto es por los efectos que su emisión produce sobre el medio ambiente (Becoña Iglesias, 2002). Es decir que la conducta “opera” sobre el medio. De esta manera recibe el nombre de operante cualquier clase de conducta que opera sobre, o afecta, al ambiente.

Una conducta puede alterar el medio básicamente de dos modos: añadiendo estímulos que no estaban presentes o retirando estímulos que ya existían. Los estudios de Skinner (1975) llevaron

a descubrir *el condicionamiento operante* y los principios derivados del mismo.

El condicionamiento operante es un gran recurso teórico a la hora de explicar una variedad de conductas y especialmente la de autoadministración de drogas.

El condicionamiento operante ha explicado el hecho de que la probabilidad de ocurrencia de una conducta está determinada por sus consecuencias (Skinner, 1975). Cualquier evento estimular que incremente la probabilidad de emisión de una conducta operante se denomina estímulo reforzante o *Reforzador*.

El Reforzador es un estímulo que, cuando se presenta contingentemente a la emisión de una respuesta operante, tiende a mantener o aumentar la probabilidad de dicha respuesta.

Es importante distinguir entre *Reforzador positivo*, que es sinónimo de recompensa, y *Reforzador negativo* o estímulo aversivo pero que también fortalece una respuesta (aumenta su probabilidad o tasa de emisión) cuando se elimina contingentemente a la conducta reforzada.

Otro concepto a tener en claro es el de *Reforzador primario*. El cual es un estímulo cuyas propiedades reforzantes no derivan de la historia de condicionamiento anterior. Su valor es innato o incondicionado por ejemplo: comida, aire, agua, azúcar (Becoña Iglesias, 2002).

En mismo sentido podemos definir al *Reforzador secundario o condicionado*. Es aquel estímulo neutro que ha adquirido propiedades reforzantes según el proceso pavloviano del condicionamiento clásico (es decir, por medio de un emparejamiento previo con un reforzador primario). Son de esta manera refuerzos aprendidos, que se relacionan con la historia previa de reforzamiento del sujeto, pueden ser materiales (ej., un objeto), sociales (premios), expresiones como sonreír, cercanía (comer juntos), contacto físico (acariciar), actividades (ej., pasear), etc (Becoña Iglesias, 2002).

Otro concepto clave es de *Estímulo discriminativo*. Aunque las conductas están reguladas por sus consecuencias sin embargo la mayoría de las conductas operantes no se emiten al azar, sino que determinadas condiciones estímulares pueden señalar la conve-

niencia o no de emitir una determinada conducta. Se conoce como estímulo discriminativo a aquel estímulo o situación estimular que señala que si se emite una conducta es probable que obtenga reforzamiento u obtenga castigo (Becoña Iglesia, 2002).

Gran parte de las drogas pueden funcionar eficazmente como reforzadores positivos. Distintos estudios, tanto en animales como en humanos, han demostrado como la morfina es un reforzador positivo. En estos estudios se proporciona morfina a dosis pequeñas, con lo que no hay dependencia física dado que no había síndrome de abstinencia una vez retirada la misma (Graña y García, 1994).

De igual modo puede funcionar como un reforzador negativo. En este caso, al dejar de consumir algunas sustancias, puede aparecer de forma impredecible el síndrome de abstinencia, que se puede evitar volviendo de nuevo a consumir. Por tanto, esta conducta (consumo) es reforzada negativamente e incrementa su probabilidad de ocurrencia, al eliminar el estado aversivo generado por el síndrome de abstinencia (Becoña Iglesias, 2002).

Otro aporte para la explicación de una serie de fenómenos asociados al consumo de drogas proviene de la interacción del condicionamiento clásico y el instrumental. En éste tiene gran relevancia los sucesos ambientales en que acontece la conducta. Eventos ambientales significativos pueden funcionar como estímulos incondicionados que se asocian a otros estímulos ambientales por medio del condicionamiento clásico. En el consumo de drogas existen muchos reforzamientos condicionados asociados a la búsqueda, posesión o consumo de la droga (Becoña Iglesias, 2002.) Precisamente, una vez que la dosis de droga está disponible, ésta sirve de reforzador condicionado para la conducta de preparación y de estímulo discriminativo para consumirla. En general, un estímulo que está asociado con una conducta determinada en una cadena de respuestas, puede llegar a funcionar como un reforzador condicionado para aquellas conductas que le preceden, al mismo tiempo que sirve como un estímulo discriminativo para la siguiente conducta en la secuencia (Graña, 1994).

En los últimos años, de igual modo que ha ocurrido con el condicionamiento clásico, en el condicionamiento operante se considera que los factores cognitivos pueden jugar un importante papel.

Las aplicaciones clínicas derivadas del condicionamiento operante, denominadas manejo de contingencias, son amplias. Desde el condicionamiento operante se han derivado un gran número de técnicas de cambio de conducta, tanto en lo que atañe a los principios básicos (reforzamiento y castigo) como a otro amplio conjunto derivado de las mismas, como son ejemplos la extinción, el moldeamiento, el encadenamiento, el desvanecimiento, el control de estímulos, los contratos de contingencias, etc. Estas técnicas constituyen uno de los sostenes básicos de las técnicas de terapia y modificación de conducta y son aplicados tanto en la clínica como en los programas preventivos del consumo de sustancias. De esta manera las leyes y principios del condicionamiento constituyen una tecnología soporte para las prácticas psicológicas de intervención en los consumos problemáticos de drogas (Becoña Iglesias, 2002; Becoña Iglesias & Cortés Tomás, 2008).

Teoría del aprendizaje social

Uno de los modelos explicativos más usados actualmente para explicar el consumo de drogas es la teoría del aprendizaje social (Bandura, 1982).

Este modelo integra tanto el condicionamiento clásico, operante y vicario, permite explicar tanto el inicio como el mantenimiento y abandono del consumo de drogas, aunque es especialmente indicada para explicar el inicio del consumo (Esbensen y Elliot, 1994, Becoña Iglesias 2002).

La teoría del aprendizaje social fue propuesta por Bandura (1982), haciendo la gran aportación de incluir el aprendizaje social, vicario o de modelos, junto a la técnica del modelado, que como elemento práctico permite explicar y cambiar cierto tipo de conductas.

Posteriormente, el propio Bandura ha re designado a la teoría del aprendizaje social bajo el nombre de Teoría Cognitiva Social (Bandura et al, 2009), donde un elemento crucial es el concepto de autoeficacia, como elemento cognitivo central para poder explicar la conducta, aunque sin dejar de considerar al tiempo las otras variables ya indicadas (Becoña Iglesias, 2002). Vamos a exponer brevemente los principios que subyacen a la teoría del aprendizaje social y a la teoría cognitiva social.

La teoría del aprendizaje social fue una verdadera bisagra entre los principios del condicionamiento clásico y condicionamiento operante para explicar el comportamiento humano (aprendizaje, mantenimiento y abandono de una conducta) y las corrientes psicológicas actuales donde se enfatiza fundamentalmente el papel de la cognición (creencias, actitudes, pensamientos, atribuciones, etc.) (Becoña Iglesias 2002). En un apartado posterior desarrollaremos los aspectos cognitivos del consumo de sustancias.

La introducción de los procesos cognitivos por Bandura al lado de los procesos de condicionamiento es un mojón en la evolución de las teorías explicativas de la conducta humana y por lo tanto esta era presentada en los años 70 y 80 del siglo pasado como la orientación que permitía una total integración de los conocimientos existentes dentro del campo de la psicología (Becoña Iglesias, 2002).

A diferencia de las explicaciones de la conducta humana basadas en el condicionamiento clásico y operante que desarrollamos en los apartados anteriores, esta teoría propone la existencia de tres sistemas implicados en la regulación de la conducta (Bandura, 1982):

- 1) Los acontecimientos o estímulos externos, que afectarían a la conducta principalmente a través de los procesos de condicionamiento clásico

- 2) Las consecuencias de la conducta en forma de refuerzos externos, y que ejercerían su influencia a través de los procesos de condicionamiento operante o instrumental

- 3) Los procesos cognitivos mediacionales, que regularían la influencia del medio, determinando los estímulos a los que se prestará atención, la percepción de los mismos y la propia influencia que éstos ejercerán sobre la conducta futura.

Este tercer proceso que Bandura introduce es el del aprendizaje vicario (Bandura, 1982). El aprendizaje vicario, observacional o mediante modelos es un tipo de aprendizaje que se define como “proceso de aprendizaje por observación en el que la conducta de un individuo o grupo –el modelo- actúa como estímulo de pensamientos, actitudes o conductas similares por parte de otro individuo que observa la actuación del modelo” (Bandura, 1982). La condición para que se origine el aprendizaje por observación es que se produzca la adquisición de esa conducta simbólica. Esto se produce si se presta atención y se tiene capacidad de retener dicha información. Posteriormente se produce la ejecución si la persona realiza realmente dicha conducta en el proceso denominado de reproducción motora.

El dispositivo primordial que facilita la adquisición y la ejecución de la conducta son las consecuencias que recibe el modelo al llevar a cabo la conducta. Cuando éstas son positivas para él (reforzamiento) se incrementa la probabilidad de ejecutar la conducta por parte del observador; si son negativas disminuye la probabilidad de ejecutar la conducta por parte del observador. Una vez adquirida la conducta de modo observacional, la propia realización de la conducta y las consecuencias que le siguen, sean positivas o negativas, informan al observador si ésta es o no adecuada, sirviéndole para ejecuciones posteriores de la misma (Becoña Iglesias, 2002, Bandura, 1982).

Bandura (1982), tomando como punto de partida el aprendizaje vicario propuso las técnicas de modelado para adquirir y eliminar conductas, mediante el aprendizaje de modelos. Este tipo de aprendizaje se puede realizar mediante modelos reales o simbólicos (películas).

A partir de los procesos cognitivos mediacionales, Bandura (2009) re nombró a la Teoría del Aprendizaje Social como Teoría Cognitiva Social. En esta sostiene claramente una concepción de interacción basada en una reciprocidad triádica. Su modelo de determinismo recíproco entre la conducta, los factores cognitivos y otros personales, y las influencias ambientales, señalan que éstos operan de modo interactivo como determinantes de cada una de las otras.

En este determinismo recíproco triádico, el término recíproco se refiere a la acción mutua entre los factores causales. El término determinismo lo utiliza en el sentido de hacer énfasis en que ciertos factores producen los efectos y no como causas que operan independientemente del individuo. Varios factores pueden ser necesarios para que se produzca un efecto (Bandura 2009, Becoña Iglesias, 2002).

A causa de la multiplicidad de influencias interactuantes, el mismo factor puede ser parte de diferentes combinaciones de condiciones que tienen efectos diferentes. La influencia ejercida por los tres tipos de factores interactuantes variará para las diferentes conductas, diferentes individuos y diferentes circunstancias.

Un segundo aspecto de la teoría cognitiva social, atañe a cómo se define la naturaleza humana en función de las capacidades básicas de las personas (Bandura , 1986). Estas capacidades son:

1) Capacidad de simbolización; esto es, la capacidad de utilizar símbolos, como medio de cambio y adaptación a su ambiente.

2) Capacidad de previsión. La gente no reacciona simplemente a su ambiente inmediato, ni se conduce por su pasado. Muchas de sus conductas, siendo intencionales, están reguladas por la previsión.

3) Capacidad vicaria. El aprendizaje, resultado de la experiencia directa, puede ocurrir vicariamente observando la conducta de otras personas y las consecuencias de su ejecución.

4) Capacidad autorreguladora. Una parte importante de la conducta de la gente está motivada y regulada por patrones internos y reacciones autoevaluativas de sus propias acciones.

5) Capacidad autorreflexiva. Una característica que distingue a los sujetos humanos es su capacidad para la auto-conciencia reflexiva. Esto permite a la persona analizar sus experiencias y pensar sobre sus propios procesos de pensamiento (metacognición).

6) La naturaleza de la naturaleza humana. Desde la perspectiva cognitiva social, la naturaleza humana se caracteriza por una vasta potencialidad, que puede estar formada por experiencia directa y observacional dentro de una variedad de formas dentro de los límites biológicos. Una de las señales más importantes que distinguen a los sujetos humanos es su plasticidad. Esto es la ca-

pacidad de cambio y modificación de su conducta.

Un tercer aspecto destacable, contenido en el aspecto anterior, es la gran importancia de los factores cognitivos, junto con el ambiente y la conducta, en relación recíproca entre sí. Para Bandura (1986) la cognición no aparece en el vacío, ni funciona como causa autónoma de la conducta. La concepción que el individuo tiene sobre sí mismo y sobre la naturaleza de sus pensamientos, se desarrolla y se verifica a través de cuatro procesos diferentes:

- 1) experiencia directa de los efectos producidos por sus acciones.
- 2) experiencia vicaria de los efectos producidos por la conducta de otras personas.
- 3) juicios manifestados por otros.
- 4) deducciones a partir de conocimientos previos utilizando reglas de inferencia.

La cuarta característica de la teoría del aprendizaje social es la teoría de la *autoeficacia* de Bandura (2009). Bandura (1986) con el concepto de autoeficacia ofrece una teoría unificadora del cambio conductual que parte del punto de vista de que “los cambios llevados a cabo por diferentes métodos derivan de un mecanismo cognitivo común”.

Este mecanismo cognitivo común sería la autoeficacia. Dentro este mecanismo Bandura (1986) distingue dos tipos de expectativas: las expectativas de resultado y las expectativas de eficacia. La expectativa de resultado atañe a la percepción personal de que una conducta dada conducirá a ciertos resultados. Una expectativa de eficacia -también denominada autoeficacia- es la convicción personal que tiene el sujeto de que puede ejecutar exitosamente la conducta requerida para producir un resultado.

Resumiendo la teoría cognitiva social (Bandura, 1986), se apoya en el concepto de autoeficacia como un componente central de la misma y como el elemento explicativo más importante relacionado con la adquisición, mantenimiento y cambio de la conducta (Bandura, 1986). Sin embargo, esta teoría asume la importancia del condicionamiento clásico, como del operante y del vicario, y que éste y los otros puedan estar modulados por el proceso cognitivo

de la autoeficacia. Esta teoría se diferencia de los planteamientos o modelos puramente cognitivos que veremos más adelante.

La teoría del aprendizaje social como explicación integradora del consumo de drogas.

Como vimos, la teoría del aprendizaje social, explica la conducta como un fenómeno de adquisición que sigue unas leyes, las del condicionamiento clásico, operante y vicario. Esta teoría parte de que (López-Torrecillas et al, 2002) la conducta adictiva está mediada por las cogniciones, compuestas de expectativas que son creencias sobre los efectos de la conducta de consumo.

Las cogniciones están acumuladas a través de la interacción social en el curso del desarrollo, por una parte, y a través de las experiencias con los efectos farmacológicos directos e interpersonales indirectos de la conducta de consumo, por el otro.

Los determinantes principales del consumo son los significados funcionales unidos a la conducta de consumo, por ejemplo para aliviar el estrés que excede su capacidad de afrontamiento; en combinación con la eficacia esperada de conductas alternativas. Los hábitos de consumo se desarrollan, en el sentido de que cada episodio de consumo puede exacerbar posteriormente la formación del hábito por el incremento del estrés y por limitar las opciones de conducta alternativas (Becoña Iglesias, 2002)

De esta manera la recuperación de un sujeto con consumos problemático depende del desarrollo de habilidades de afrontamiento alternativas.

En una de las conductas donde más desarrollo ha encontrado esta teoría ha sido en el uso y abuso del alcohol, tanto para su explicación como para el tratamiento de las personas con dependencia del alcohol. El modelo aquí expuesto es también aplicable al resto de las conductas de consumo problemático, tanto para su adquisición como para su mantenimiento, abandono y recaída (Becoña Iglesias, 2002).

Se asume que toda conducta de beber, desde la abstinencia, el beber social normal y el abuso del alcohol, se basan en principios similares de aprendizaje, cognición y reforzamiento (Becoña Iglesias, 2002, Bandura 2009).

Desde el punto de vista del aprendizaje social, los consumidores problemáticos de alcohol son personas que han adquirido a través del reforzamiento diferencial y del modelado, el consumo de alcohol como la respuesta dominante y ampliamente generalizada a la estimulación aversiva.

El aprendizaje social influye las contingencias de reforzamiento asociadas con el uso del alcohol. La teoría del aprendizaje social (Abrams y Niaura, 1987) rechaza la existencia en la persona de factores fijos, como pueden ser una personalidad predisponente o factores intrapsíquicos (Becoña Iglesias, 2002). La conducta de beber se adquiere y mantiene por modelado, refuerzo social, efectos anticipatorios del alcohol, experiencia directa de los efectos del alcohol como refuerzos o castigos y dependencia física. Algunos determinantes importantes son los eventos vitales estresantes, presiones, el trabajo, la familia, el papel de las redes sociales y el apoyo social que tiene el individuo. Esta teoría considera que estos factores varían a lo largo del tiempo e igualmente varía su influencia de individuo a otro (Abrams y Niaura, 1987).

La noción central de la teoría del aprendizaje social es que el uso responsable del alcohol depende de la autorregulación cognitiva en un mundo estresante.

En el inicio del uso del alcohol hay tres tipos de influencias directas importantes: la influencia de la familia y de los iguales; la influencia de modelos; y el desarrollo de experiencias relacionadas con el alcohol.

La influencia de la familia es clara al ser una droga permitida socialmente. Es en el seno familiar donde habitualmente los niños se inician en el consumo del alcohol y cada sociedad tiene unos peculiares usos sancionados acerca de en qué momento se empieza a beber y cómo se puede beber de un modo social (Becoña Iglesias, 2002). Algunos componentes de este modo social de beber, en nuestra actual sociedad, van a llevar a un modo abusivo de beber.

En un segundo momento son el grupo de iguales los que van a tener más importancia que la familia en el proceso de socialización y de aprendizaje de las normas sociales. Ambos, la familia y el grupo de iguales, van creando en el niño o adolescente actitudes,

costumbres, ideas y valores hacia el alcohol que lo van a marcar de modo importante para su futuro consumo de alcohol (Becoña Iglesias, 2002).

La influencia de los modelos tiene gran relevancia en nuestra sociedad, ya que los medios de comunicación de masas sugieren modelos aceptables o inaceptables. En los medios de comunicación las imágenes relacionadas con el alcohol y su consumo sugieren que éste permite interaccionar mejor con los pares, reduce el estrés social, permite un estado de bienestar físico y psicológico, facilita superar las crisis, garantiza la diversión, etc.

Finalmente, los sujetos aprenden cómo actuar con el alcohol, junto a los factores anteriores, mediante sus experiencias directas con el alcohol. Es evidente que la influencia directa con el alcohol no siempre tiene que ser el factor más importante acerca del futuro uso y abuso del alcohol. Más bien son los factores previos los que van a incidir de modo muy importante en la experiencia directa con el alcohol. Los factores previos crean expectativas acerca del alcohol que se van a cotejar con la situación real de bebida. Las primeras expectativas sobre el alcohol, formadas en el medio familiar y en el grupo de iguales, y luego reforzadas por los medios de comunicación de masas, va a incidir de modo directo con la experiencia con el alcohol (Abrams y Niaura, 1987; Becoña Iglesias, 2002).

Los anteriores factores, reforzados interna y externamente y mediados por las expectativas, tienen gran importancia en la adquisición y luego en el posterior mantenimiento de la conducta de beber. Conforme se va teniendo más experiencias con el alcohol los sujetos pueden, o bien hacer frente a las situaciones y afrontarlas sin alcohol, con estrategias de afrontamiento adecuadas y satisfactorias, o bien beber alcohol o consumir otras sustancias (Becoña Iglesias 2002).

El déficit en habilidades sociales para afrontar las situaciones cotidianas que se nos van presentando es el factor que explica que en un momento determinado se desarrolle el abuso del alcohol. Una habilidad social adecuada posibilita descender el nivel de ansiedad que puede estar presente en situaciones interpersonales y sociales (Becoña Iglesias, 2002; Bandura, 1982).

La carencia de habilidades sociales incrementa la ansiedad social e impide dar una respuesta adaptativa. Si el individuo no la tiene puede beber para encontrar en la bebida esa respuesta si en el pasado ha encontrado que bebiendo se le alivia el estrés a corto plazo. Si esto se va repitiendo a lo largo del tiempo el déficit en habilidades sociales puede ser crónico y el abuso de alcohol incrementarse hasta hacerse crónico (Becoña Iglesias, 2002; Bandura, 1982).

El sujeto bebe en un momento concreto en función de su pasada historia de aprendizaje social. Para la teoría del aprendizaje social son, sin embargo, los factores cognitivos los que modulan todas las interacciones persona-ambiente. Por ello la decisión última, de beber o no, está en función de las expectativas de autoeficacia y de resultado que tiene la persona en el contexto situacional en que se encuentra.

Una cuestión importante es por qué los consumidores problemáticos continúan bebiendo a pesar de las serias consecuencias negativas para su salud física, bienestar psicológico y funcionamiento social. Otra es por qué después de un periodo de abstinencia vuelven a un beber peligroso. La teoría del aprendizaje social lo explica a través de dos conceptos: el deseo o *craving* y la pérdida de control o impulsividad (Ver más adelante)

La teoría del afrontamiento al estrés

Las formas en que los individuos intentan dar respuesta al *estrés* y la adversidad ha sido uno de los temas centrales de la Psicología. En sus inicios, dentro de la orientación psicoanalítica, recibieron el nombre de mecanismos de defensa. En los años sesenta se empieza a utilizar el término *afrontamiento* para referirse a los mecanismos de defensa maduros que favorecen la adaptación del individuo.

Lazarus y Folkman (1986) definieron el *afrontamiento* como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas especí-

ficas, externas y/o internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. Más tarde, este planteamiento teórico evolucionó hacia una teoría de las emociones y se ha orientado hacia posiciones constructivistas y cualitativas (Lazarus, 2000).

Las estrategias de afrontamiento (a veces llamadas con el término inglés *coping*) serían los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las situaciones desencadenantes especialmente vinculadas al *estrés* (Lazarus y Folkman, 1986).

Los estilos de afrontamiento se pueden considerar como disposiciones generales que llevan a la persona a pensar y actuar de forma más o menos estable ante diferentes situaciones (Sandín, Chorot, Santed y Jiménez, 1995), mientras que las estrategias de afrontamiento se establecerían en función de la situación.

Cuando las demandas que exigen a un sujeto, las situaciones en las que se encuentra o a las que se enfrenta, este pone en marcha una serie de conductas, que pueden ser manifiestas o encubiertas, destinadas a restablecer el equilibrio en su transacción con el ambiente (más específicamente en la transacción persona-ambiente) o, cuando menos, a reducir el desequilibrio percibido y las consecuencias aversivas que de él derivan (Lazarus y Folkman, 1986). El mecanismo por el que estas conductas modulan el impacto y efectos de la fuente de amenaza es mediante los cambios que introducen en los procesos valorativos.

Dentro de esta concepción, las estrategias de afrontamiento empleadas por las personas estarían fuertemente condicionadas por la percepción que se haga de la situación (*evaluación primaria*) y de los recursos con que se cuentan para hacerle frente (*evaluación secundaria*).

El afrontamiento desempeña un papel de importante mediador entre las experiencias estresantes a las que están sometidas las personas, los recursos personales y sociales con los que cuentan para hacerles frente y las consecuencias que se derivan para la salud física y psicológica de las personas (Sandín, 2003).

El estrés es una condición psicológica que está vinculada al proceso adictivo en todas sus fases. El afrontamiento del estrés

es el conjunto de pensamientos y conductas usadas para manejar demandas internas y externas en situaciones que son valoradas como estresantes. Determinadas formas de afrontamiento, como la evitación, están vinculadas a las conductas adictivas, además de a muchos otros trastornos psicopatológicos.

El “modelo de afrontamiento del estrés” de Wills (1985) sostiene que aquellas personas que usan drogas con intensidad es debido al estrés de la vida y su consumo es un recurso de afrontamiento (Wills y Shiffman, 1985).

El estrés de la vida sería un factor de riesgo para el uso de sustancias por parte de los adolescentes. Cuando éstos tienen un alto malestar emocional o tienen una baja percepción de control sobre la situación se incrementaría la probabilidad de consumir sustancias (Wills, 1986). Conforme se mantiene el estrés se incrementa más el consumo. La respuesta de afrontamiento ante ello puede ser un factor de riesgo o protección (Wills y Hirky, 1996). Los mecanismos de adaptación serían tanto conductuales como cognitivos.

Al analizar las motivaciones que empujan a los jóvenes a consumir drogas se centran en tres: regular los estados emocionales desagradables, olvidarse de los problemas que les preocupan y buscar soluciones mágicas a sus problemas. Consideran que esos motivos coinciden básicamente con las metas perseguidas con el empleo de estrategias de afrontamiento de evitación (Becoña Iglesias, 2002).

De esta forma plantean que el consumo de drogas puede ser visto como una conducta de evitación más de entre las posibles alternativas disponibles. Conforme vaya utilizando las drogas como una estrategia de afrontamiento, más difícil le va resultar buscar estrategias de afrontamiento alternativas en donde no esté presente el alcohol (Wills y Hirky, 1996).

Adicionalmente, el empleo de estilos de afrontamiento de evitación a largo plazo, en vez de reducir el estrés lo incrementa (facilita la aparición de nuevas situaciones estresantes, y reduce la disponibilidad de recursos personales y sociales), por lo que aumenta la probabilidad de volver a consumir drogas como estrategia de evitación (Wills y Hirky, 1996).

En esta dinámica la consolidación de la sustancia psicoactiva como un *asistente de afrontamiento* ante situaciones evaluadas como amenazantes y superadoras de los recursos de los sujetos permite el desarrollo de un modelo explicativo tanto del inicio y mantenimiento del consumo de drogas, como sí también puede aportar la explicaciones de los mecanismos asociados a los episodios de “*recaída*” luego de un período de abstinencia.

Los aspectos cognitivos de la conducta de consumo de sustancias

El principal antecedente histórico de lo que conocemos como Psicología Cognitiva que se suele citar es el de Epícteto quien en el *Enchiridion*, en el Siglo I, dice: “No son las cosas mismas las que nos perturban, sino las opiniones que tenemos de las cosas”. En esta frase se pone de manifiesto uno de los preceptos básicos de la Psicología cognitiva, lo importante no es lo que pasó, sino la significación que se le da a eso que pasó, el sentido o la atribución de significación, en síntesis la construcción particular de la realidad (Camacho, 2003).

Lo que conocemos Psicoterapia Cognitiva surgió, principalmente a partir de dos fenómenos:

a- El Simposio de Hixson y el surgimiento de las Ciencias Cognitivas: en este famoso Simposio, celebrado en 1948 en EEUU, se sientan las bases de un nuevo paradigma que centra su atención en el procesamiento de la información.

b- Los escasos resultados terapéuticos que obtenían las psicoterapias hegemónicas, tanto el psicoanálisis como el conductismo, particularmente en los trastornos depresivos (Camacho, 2003).

En este apartado revisaremos brevemente algunos conceptos básicos de la Psicología Cognitiva con el fin de desarrollar posteriormente los modelos teóricos explicativo de las conductas adictivas.

Estructuras, procesos y resultados cognitivos

Las estructuras cognitivas pueden relacionarse con los *esque-*

mas, los *procesos* cognitivos con la atribución de sentido que se da a partir de los esquemas. Los *resultados* cognitivos se relacionan con las creencias, que son el resultado del proceso que se da entre los esquemas y la realidad, dichas creencias a su vez influyen en el mismo proceso.

Esquemas

El concepto de esquema es clave para todas las líneas cognitivas, fue utilizado originalmente por Barlett (1932) para referirse a procesos relacionados con la memoria, también fue mencionado posteriormente por Piaget (1951), también Neisser (1967) lo definió como la estructura responsable de los mecanismos que guían la atención selectiva y la percepción; luego fue reformulado y ampliamente utilizado por Beck (1979).

Para Beck, los esquemas son patrones cognitivos relativamente estables que constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones de la realidad. Las personas utilizan sus esquemas para localizar, codificar, diferenciar y atribuir significaciones a los datos del mundo. Los esquemas también fueron definidos como estructuras más o menos estables que seleccionan y sintetizan los datos que ingresan.

Creencias

Las creencias son los contenidos de los esquemas, las creencias son el resultado directo de la relación entre la realidad y nuestros esquemas. Podemos definir a las creencias como todo aquello en lo que uno cree, son como mapas internos que nos permiten dar sentido al mundo, se construyen y generalizan a través de la experiencia (Beck, 1979).

Existen diferentes tipos de creencias, clásicamente hablamos de:

- Creencias nucleares: son aquellas que constituyen el self de la persona, son difíciles de cambiar, dan el sentido de identidad y son idiosincrásicas. Ej.: Yo soy varón.

- Creencias periféricas: se relacionan con aspectos más secundarios, son más fáciles de cambiar y tienen una menor relevancia que las creencias nucleares.
Ej.: La vida siempre te da una segunda oportunidad

Pensamientos automáticos

En general se dice que el pensamiento se relaciona con el fluir de la conciencia y que tiene tres elementos:

- La direccionalidad: hacia donde está dirigido dicho pensamiento.
- El curso: o la velocidad del pensamiento.
- El contenido: es lo que se piensa concretamente.

En el caso de los pensamientos automáticos, estos se definen por su carácter impuesto, son pensamientos que aparecen en el fluir del pensamiento normal y condicionan su dirección o curso; se les atribuye una certeza absoluta, por eso no son cuestionados y condicionan la conducta y el afecto. En general son breves, telegráficos, pueden ser verbales o aparecer en forma de imágenes, a la persona se le imponen, por eso son automáticos. Son la parte más superficial de los procesos cognitivos (Camacho, 2003).

Los aportes de Aaron Beck

Uno de los estudios más utilizados a la hora de seguir dando respuestas al comportamiento humano, es la Terapia Cognitiva de Beck desarrollada a principio de la década de los sesenta (1962) en donde su interés se centró principalmente en el estudio de la depresión y desarrolló el modelo cognitivo de la depresión, que se caracteriza por el contenido negativo de las cogniciones (pensamientos automáticos) sobre uno mismo, el mundo y el futuro.

Siguiendo la misma línea de Beck (1999) desarrollado en el apartado anterior se puede afirmar que el concepto de “creencias” se define como estructuras cognitivas que se desarrollan a partir de experiencias tempranas del individuo así como de factores ambientales, culturales y biológicos. A esto se puede agregar que

las creencias son relativamente rígidas y duraderas, siendo difícil modificarlas por la experiencia, además de que tienen una enorme influencia en los sentidos, pensamientos y en la conducta de los individuos. Desde este lugar se puede alegar que las “creencias” son el resultado del intercambio en el mundo de experiencias de los sujetos. Cada individuo al construir su sistema de creencias representa la visión del mundo que obtiene de ese intercambio, teniendo esto una gran influencia en la determinación de la conducta.

Por otro lado, se puede mencionar que Ellis y Dryden (1989) consideran a las creencias como evaluaciones que se sitúan entre medio de un acontecimiento, suceso activador, y las reacciones ante éste; teniendo en cuenta que éstas reacciones pueden ser emotivas, cognitivas o conductuales. Califica a las creencias en racionales, las cuales son preferenciales, ayudan a la supervivencia y conducen a emociones constructivas, y en irracionales, las cuales se caracterizan por su rigidez y total intolerancia a la frustración, son órdenes o mandatos; conducen a emociones inadecuadas como la ansiedad y no ayudan a lograr los objetivos de la persona.

Beck (1999) afirma que las creencias disfuncionales juegan un papel importante en la formación de las expectativas que moldean los impulsos. Por ejemplo, una persona con un problema serio de consumo de alcohol tiene las siguientes creencias: “Si soy divertido y sociable tendré más amigos” y “Si consumo alcohol seré más divertido”. Esta persona convierte estas creencias en una expectativa específica de conseguir más amigos, cuando aparece una situación en la que puede ser más sociable. La expectativa de éxito se acentúa por su creencia en el efecto de desinhibición que produce el consumo de alcohol.

Camacho (2003), define las creencias como los contenidos de los esquemas. Las creencias se refieren a todo aquello en lo que uno cree, son como mapas internos que nos permiten dar sentido al mundo, se construyen y generalizan a través de la experiencia.

Al decir de Beck (1999) las creencias nucleares desarrolladas desde la infancia radican en definiciones, evaluaciones o interpretaciones de sí mismos, de las otras personas y de su mundo. Las mismas representan el nivel más profundo, fundamental y global de interpretación, que influye en los otros niveles. Los pensamientos

automáticos o palabras e imágenes, que surgen de las creencias y se encuentran en nuestra mente, representan el nivel más superficial de las cogniciones.

Pérez (2005) afirma, por ejemplo, que la cultura universitaria provee a los jóvenes una serie de afirmaciones positivas acerca del consumo de alcohol y de sus efectos, que son incorporadas como creencias dentro de los esquemas cognitivos de los jóvenes regulando el comportamiento sobre el consumo. Afirmando también que las creencias hacia el consumo son positivas o negativas dependiendo de lo deseable que sean los efectos para el individuo.

Diversos estudios (Londoño Pérez, García Hernández, Valencia Lara & Vinaccia Alpi, 2005; Martínez González & Verdejo García, 2012; Cassola, Pilatti, Alderete y Godoy 2005) han identificado que la existencia de expectativas negativas guarda una relación estrecha con el bajo consumo de alcohol, no siendo así para las expectativas positivas que incrementan la probabilidad de que los jóvenes aumenten el consumo. A esto podemos agregar que es a partir de las creencias globales hacia el consumo que se genera la actitud hacia la conducta de consumir o no determinada sustancia.

En una investigación realizada en España por Gómez et al (2012) sobre la evaluación de los determinantes cognitivos, las creencias, asociados al consumo intensivo de alcohol, llegan a la conclusión de que la práctica de estos jóvenes está relacionada con la mejora sociabilidad, es decir que creen que el consumir alcohol de manera intensiva aumenta su capacidad de relacionarse con los demás, esta práctica también se encuentra relacionada con el conseguir un estado de ánimo positivo e incrementar el nivel de autoconfianza.

En la terapia cognitiva se suele plantear que las creencias tienen una influencia enorme en los sentimientos y en las conductas de las personas. Por ejemplo, los pacientes deprimidos tienen puntos de vista negativos y globales acerca de sí mismos, el mundo y el futuro. Estas creencias influyen en sus sentimientos de desesperación, culpa y tristeza (Beck & Wright, 1979).

Creencias adictivas

Tal como venimos afirmando, los factores psicológicos y sociales serían factores determinantes, antes que las propiedades farmacológicas de la sustancia a la hora de consumir y convertir a un consumidor en una persona que abusa de las drogas y alcohol (Beck, 1999, Gómez et al 2012).

Una persona que es consumidor de cualquier sustancia psicoactiva posee ciertos pensamientos asociados al consumo y/o abuso de drogas, y que pueden, o no, ser conscientes de estos. A estos pensamientos se los conoce con el nombre de *creencias adictivas*, Beck (1999) las define como un conjunto de ideas centradas alrededor de la búsqueda de placer, resolución de problemas, alivio y escape. Entre las ideas disfuncionales que conforman estas creencias adictivas se encuentran: la creencia que uno necesita la sustancia si tiene que mantener el equilibrio emocional y psicológico; la idea de que la sustancia mejorará el funcionamiento intelectual y social; la expectativa de que se encontrará placer y excitación utilizando alguna sustancia; la idea de que dará más fuerza, energía y poder; la creencia de que calmará el dolor; el supuesto que aliviará el aburrimiento, la ansiedad, la tensión; y la certeza de que al menos que se haga algo para satisfacer el craving, éste continuará eternamente y con toda seguridad empeorará.

Para profundizar en esta cuestión debemos diferenciar entre *craving* e impulsos de consumo de drogas. Sánchez-Hervas, Mona del Olmo, Tomas y Morales (citado en Martínez González & Verdejo García, 2011) sostienen que el *craving* se conceptualiza como la sensación subjetiva de deseo de conseguir el estado psicológico inducido por las drogas, mientras que el impulso es el determinante conductual de búsqueda y consumo de sustancia. Es decir que el craving está asociado con el querer y el impulso con el hacer.

Ante este deseo por consumir las personas se ven impulsadas a ceder debido a que sus creencias se centran en la anticipación del estado de privación: “no puedo ser feliz a menos que consuma”, “perderé a mis amigos”, o “seré infeliz”. Al mismo tiempo también desarrollan creencias en torno a la capacidad de controlar

el craving, éstas son de indefensión, tales como: “incluso si fuera capaz de parar, no haría más que empezar de nuevo”, o “el craving es demasiado fuerte”. Estas creencias terminan siendo profecías autocumplidas y confirman su indefensión para superar su adicción (Beck & Wright, 1979).

El origen de estas creencias adictivas radica en la combinación de las creencias nucleares, las cuales fueron desarrolladas anteriormente. Martínez González y Verdejo García (2011) sostienen que las creencias adictivas pueden permanecer inactivas y se estimulan ante la presencia de algún estímulo condicionado con la sustancia, y tan pronto como se activan estas creencias la persona empieza a experimentar una exacerbación del craving.

Es importante mencionar que las creencias adictivas caracterizan a aquellas personas que tienen un consumo problemático de sustancias, es decir que son características del trastorno, sin embargo no pueden ser consideradas por sí mismas como factores que predisponen al abuso de determinadas sustancias. Se considera que las creencias adictivas realmente contribuyen no solo a “mantener la adicción y proporcionan el trasfondo de la recaída” (Beck & Wright, 1993), sino también influyen en el inicio del uso/consumo de sustancias.

Las creencias relacionadas al uso/consumo de sustancias psicoactivas se activan en determinadas situaciones específicas, a menudo predecibles, llamadas éstas como “situaciones estímulo”, también llamadas “señales” (Moorey, 1989, citado en Beck, 1999). Sin embargo, el grado de riesgo de una situación variará considerablemente de un momento a otro, dependiendo del estado de ánimo en el que se encuentre la persona y de su autocontrol.

Se pueden mencionar al menos tres grupos de creencias en las personas, en el caso de que el consumo sea problemático:

1) **Creencias Anticipatorias**, hacen referencia a las expectativas de recompensa; en un principio toman formas parecidas a “será divertido hacer esto”, a medida que la persona encuentra cada vez más satisfacción al consumir determinada sustancia desarrolla creencias románticas que predicen el escape y la satisfacción: “Esta noche tendré una gran fiesta. ¡No puedo esperar a colocarme! Me sentiré menos triste” (Beck & Wright, 1979).

2) **Creencias de alivio**: la persona comienza a confiar en el hecho de que consumir una determinada sustancia va a contrarrestar sus sentimientos de angustia, por ejemplo: “Necesito consumir para funcionar”, o “Me sentiré de mejor ánimo si consumo alcohol con mis amigos”. Éstas remiten a la convicción de que consumir alguna sustancia psicoactiva, mitigará un malestar determinado (Beck & Wrigth, 1979).

3) **Creencias facilitadoras o permisivas**: son aquellas que de alguna forma habilitan la práctica de consumir determinada sustancia, las personas consideran que tomar drogas es aceptable y se autorizan a consumir a pesar de las posibles consecuencias; por ejemplo: “Como me encuentro triste está bien que lo haga” o “Podré manejarlo, solo las personas débiles tienen problemas con las drogas”. Son racionalizaciones, las personas tienen pensamientos que tienden a justificar su consumo: “Tengo que tomar alcohol sino no soy divertido” (Beck & Wrigth, 1979).

Las creencias adictivas se van desarrollando a lo largo del tiempo, su asimilación es muy fuerte y se vuelven extremadamente resistentes al cambio, de ahí la importancia a la adhesión de este modelo explicativo, el cual se inclina más a la modificación del sistema de creencias del individuo que simplemente hacer que evite o afronte las situaciones de alto riesgo. La terapia cognitiva es un sistema de psicoterapia que intenta reducir las reacciones emocionales excesivas y las conductas contraproducentes, mediante la modificación de los pensamientos erróneos o defectuosos y las creencias desadaptativas, que subyacen a estas reacciones (Beck, 1999; Beck & Wrigth, 1979).

Teniendo en cuenta los conocimientos desarrollados hasta aquí, se puede afirmar que las creencias adictivas se encuentran fuertemente relacionadas a las conductas de consumo de drogas y alcohol, (Gómez, et al, 2008; Luque, et al 2010; Martínez González & Vardejo García 2011; Gómez, et al. 2012).

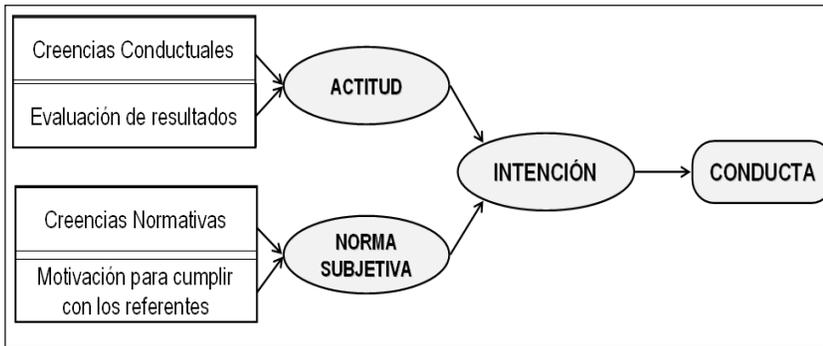
Teoría de la Conducta Planificada

Cuando intentamos poder analizar los aspectos cognitivos que rodean a la conducta del consumo de drogas, basándose para esto en marcos teóricos psicológicos fuertemente estudiados e investigados, se destaca la *Teoría de la Conducta Planificada* de Icek Ajzen (1985)

Esta teoría es una reelaboración de la *Teoría de la Acción Razonada* de Ajzen y Fishbein (1980). Para Ajzen y Fishbein (1980) los seres humanos consideran las posibles implicaciones de sus acciones antes de realizar la conducta, motivo por el cual llamaron a su teoría de la *Acción Razonada*. Se trata de una teoría versátil aplicable a todas las conductas voluntarias del ser humano que ha sido confirmada en numerosas ocasiones (Randall y Wolff, 1994; Sheppard, Hartwick y Warshaw, 1988).

En la Teoría de la Acción Razonada (Ajzen y Fishbein, 1973, 1980; Fishbein y Ajzen, 1975), los resultados percibidos y las evaluaciones de esos resultados son los motivadores de la conducta (Weinstein, 1993). El modelo postula que la conducta está determinada por la Intención conductual y que ésta, a su vez, se expresa por medio de las Actitudes hacia la conducta y de la Norma subjetiva.

Enmarcada dentro de las llamadas teorías de Expectativa-Valor, señala que las Actitudes (la medida del grado en el cual un individuo considera el comportamiento en cuestión como favorable o desfavorable) se configuran como el producto de dos componentes: las creencias o expectativas sobre los resultados y las evaluaciones de las consecuencias de la conducta. Por su parte, las Normas subjetivas consisten en creencias normativas acerca de la conducta, o acerca de la aprobación o desaprobación de la misma por parte de los referentes importantes, ponderado por la motivación de cada uno para cumplir con esas creencias (Ver Gráfico).



Teoría de la Acción Razonada (Ajzen y Fishbein, 1980; Fishbein y Ajzen, 1975).

Aunque las Actitudes y la Norma Subjetiva son componentes integrales de esta teoría, ninguna de las dos se conceptualiza como una influencia directa en la conducta. Por su parte, este modelo considera que el determinante directo del comportamiento es la Intención conductual de realizar o no una conducta; y esta Intención conductual depende, a su vez, de la Actitud y la Norma Subjetiva. Así, dentro de este modelo, las Intenciones median en la relación entre las Actitudes, la Norma subjetiva y la conducta.

Esta teoría ha recibido una serie de críticas. La crítica más importante de las realizadas a esta teoría, ha sido la de que sólo pretende ser aplicada a la predicción de la conducta cuya realización se encuentra bajo un completo control del sujeto que la desea realizar (Ajzen y Madden, 1986).

Teoría de la Conducta Planificada

Este modelo teórico planteado por Izek Ajzen (1985, 1988, 1991, 2005) surgió a partir de la base de la Teoría de la Acción Razonada (Ajzen y Fishbein, 1973, 1980; Fishbein y Ajzen, 1975) como un intento de explicar determinadas conductas sobre las que el sujeto tiene (o cree tener) poco control.

La Teoría de la Conducta Planificada (TCP) (Ajzen, 1985, 1988, 1991, 2005) se fundamenta en los trabajos de Fishbein en

tres aspectos: por una parte los procesos psicológicos mediante los cuales las actitudes producen la conducta; en segundo lugar en el marco de trabajo de expectativa-valor para explicar la relación entre las creencias y las actitudes; y por último, en su propuesta de interponer entre las actitudes y la conducta una nueva variable, la Intención conductual.

En la Teoría de la Acción Razonada, Fishbein y Ajzen (1975, 1980) consiguieron ejemplificar, basándose en el modelo de expectativa-valor, la idea de seguir un acercamiento cognitivo o de procesamiento de la información para explicar la generación de las actitudes. Además, consiguieron realizar este planteamiento utilizando para ello un número limitado de variables.

Ajzen, entre otros, señalaron que la teoría resultaba insuficiente a la hora de explicar determinadas conductas, en las que el control parecía determinante. Por este motivo, se incluyó un nuevo constructo, el concepto de *Control Conductual Percibido*, configurándose de este modo la *Teoría de la Conducta Planificada* (Ajzen, 1985, 1988, 1991, 2001).

El propio Ajzen (1991) señala que esta segunda formulación, más completa, proporciona un marco conceptual más útil para hacer frente a las complejidades del comportamiento social humano. Además, esta teoría también resulta importante ya que incluye o incorpora algunos de los conceptos centrales de las ciencias sociales y del comportamiento, consiguiendo definir estos conceptos de un modo que permite no solo la predicción, sino también la comprensión de las conductas particulares en contextos específicos. Este conocimiento resulta crucial si se desea intervenir o influir sobre estas conductas específicas.

Según las premisas de este marco teórico, para predecir (y comprender) si una persona tiene intención de hacer algo, es necesario conocer:

- Si la persona está a favor de hacerlo (actitud),
- Cuánta presión social siente la persona para hacerlo (norma subjetiva),
- Si la persona siente que tiene control sobre la acción en cuestión (percepción de control de la conducta).

El conocimiento de estos tres predictores se puede utilizar para aumentar la probabilidad de que la persona intentase llevar a cabo la acción analizada y, por tanto, aumentar las posibilidades de que la persona realmente lo haga. Por el contrario también puede servir para disminuir esa intención de poner en marcha la acción y por ello disminuir la probabilidad de que realmente se lleve a cabo (Ajzen, 2005).

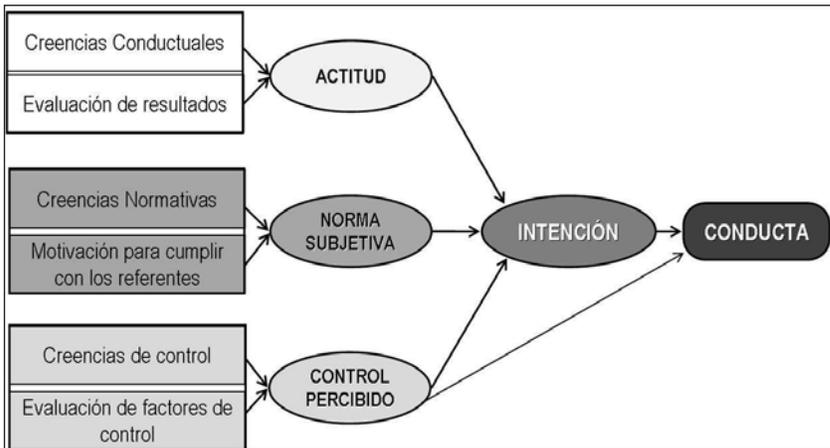
Este es uno de los modelos más ampliamente utilizados para dar respuestas a los estudios de las conductas adictivas en general, planteando que los componentes cognitivo-motivacionales determinan la conducta, y explica cómo se relacionan entre si tales componentes.

Según esta teoría la acción humana es conducida por tres clases de consideraciones:

1) *Creencias conductuales*, referidas a las consecuencias probables del comportamiento, producen una actitud favorable o desfavorable sobre el comportamiento.

2) *Creencias normativas*, referidas a las expectativas normativas de otros, lo que el individuo cree que opina la gente que le rodea respecto a que él realice determinado comportamiento.

3) *Creencias de control*, referidas a la presencia de factores que pueden facilitar o pueden impedir el desarrollo del comportamiento. En combinación, esto conduce a la formación de un comportamiento intencional.(Ajzen, 1991).



Teoría de la Conducta Planificada (Ajzen, 1985, 1988, 1991, 2001).

En este modelo los componente principales puede ser definidos de la siguiente manera:

La **Conducta** es la respuesta manifiesta y observable que realiza una persona en una situación con objeto de conseguir un objetivo determinado. Ésta no puede entenderse como un comportamiento aislado, ya que las conductas simples suelen agregarse a través contextos y tiempos para producir una medida más amplia y representativa del comportamiento.

La **Intención** es un importante constructo que supone la representación cognitiva de la disposición de una persona para realizar una conducta dada y se considera el antecedente inmediato de la conducta. La Intención predice la conducta por lo cual es necesario poder identificar los factores que determinan dicha Intención.

La **Actitud** es uno de los determinantes directos de la Intención conductual. Concretamente supone una evaluación general (positiva y negativa) de la conducta por parte del sujeto. Fishbein y Ajzen (1975) definen las actitudes como una disposición aprendida a responder de manera consistente favorable o desfavorablemente, con respecto a un objeto dado.

Las **Creencias Conductuales**, como antecedentes de la **Actitud**, se definen como la probabilidad subjetiva de que la conducta produzca un resultado determinado. De este modo, si la persona

percibe que el resultado de la realización de la conducta es positivo tendrá una Actitud positiva para llevarla a cabo. Lo opuesto puede ocurrir si se esperan resultados negativos.

Las **Normas Subjetivas** reflejan las creencias personales sobre lo que los otros significativos piensan acerca de si la persona debería o no llevar a cabo la conducta. Los otros significativos son sujetos o grupos cuyas opiniones sobre la conducta de la persona en ese dominio son importantes para él o para ella. En este sentido, las Normas Subjetivas medirían la presión social que los individuos perciben en relación con llevar o no llevar a cabo la conducta en función de las opiniones de los referentes importantes (Conner y Sparks, 2005).

Las **Creencias Normativas** se refieren a las expectativas conductuales percibidas de aquellos referentes importantes, individuos o grupos de personas, la pareja, los amigos, y -dependiendo de la población y la conducta estudiada- el profesor, el médico, el jefe, los compañeros de trabajo, etc. La motivación para Cumplir con cada uno de los referentes contribuiría a la Norma subjetiva de forma directamente proporcional a la probabilidad subjetiva personal de que el referente piense que la persona puede llevar a cabo la conducta en cuestión (Ajzen, 2005).

El **Control Conductual Percibido**, hace referencia a la percepción del sujeto sobre la facilidad o la dificultad de llevar a cabo la conducta. Este control se conceptualiza como un continuo que iría desde las conductas fácilmente ejecutables hasta conductas que demanden recursos, oportunidades y habilidades especiales (Ajzen, 2005)

Las **Creencias de Control** hacen referencia a la percepción de factores que probablemente faciliten o inhiban el desarrollo de la conducta, es decir, los antecedentes del Control Conductual Percibido. Estos incluyen tanto factores de control internos (información, deficiencias personales, habilidades, destrezas, emociones, etc) como externos (oportunidades, dependencia de terceros, barreras, presión, tiempo, etc). Estas Creencias de Control pueden basarse en parte en la experiencia anterior con la conducta, aunque también pueden verse influidas por las experiencias de conocidos y

amigos, y por otros factores que aumentan o reducen la percepción de la dificultad de realizar la conducta en cuestión.

La Teoría de Conducta Planificada se ha aplicado con éxito a una amplia gama de conductas promotoras de la salud (Adams et al, 2006), y sobre todo ha sido ampliamente utilizada para describir comportamientos de salud sobre los que no se tiene el control volitivo completo como son las conductas de consumo de sustancias psicoactivas.

En una investigación realizada por Gómez et al (2012) afirman que desde el marco teórico de I. Ajzen es posible indagar aspectos cognitivos tales como las expectativas que se tienen relacionadas al consumo intensivo de alcohol; lo que el individuo cree que piensa la gente respecto a este comportamiento de consumo intensivo; la creencia del individuo acerca del control que tiene sobre el consumo, etc. A partir de esto se puede inferir que se trata de una teoría que predice el comportamiento, ya que la misma plantea que la conducta puede ser planificada.

Es pertinente destacar que aquellas características que poseen las personas que abusan de determinadas sustancias, podrían existir antes de empezar a consumir, y por lo tanto se las podría considerar como factores que predisponen al consumo. Estas características, según Beck (1999) se centran alrededor de la sensibilidad general hacia sus sentimientos y emociones desagradables; poco entusiasmo para controlar su conducta y, por lo tanto, la satisfacción de consumir se valora más que el control; técnicas inadecuadas para controlar tanto la conducta como el afrontamiento de los conflictos; poca tolerancia a la frustración (esta baja tolerancia en el fondo existe una gama compleja de creencias y distorsiones cognitivas); y una relativa disminución de las perspectivas futuras, es decir, que la atención de la persona se centra en los estados del aquí y ahora, craving e impulsos, y en las acciones que ayuden a aliviarlas o satisfacerlas. Quizás de más este aclarar, que la persona no dedica ningún recurso atencional a preocuparse de las posibles consecuencias de estas acciones, sólo desea aliviar el craving.

La poca tolerancia ante la frustración parece ser un precursor importante del consumo de drogas. Específicamente, una

serie de actitudes disfuncionales que magnifican las fuentes diarias más frecuentes de frustración llevan a estar demasiado disgustado e irritado. Entre los componentes de este complejo de creencias están actitudes como: “las cosas siempre me deberían ir bastante bien” o “no deberían ir mal”; “no puedo soportar estar frustrado”; “otras personas son culpables de que este frustrado y deberían estar castigadas” (Beck & Wright, 1993).

En un trabajo realizado por Laespada, Iraurgi, y Aróstegi (2004) en la Universidad de Deusto, España, se concluyó que los valores y las creencias guían el comportamiento de las personas y las metas que se plantean en la vida, y que la no interiorización o el alejamiento de algunos valores convencionales predisponen a transgredir la norma en mayor medida. Teniendo esto una gran influencia en la determinación de la conducta de consumo.

Como decíamos en la introducción de este texto hemos intentando desarrollar algunos de los aportes que pueden hacerse a un modelo explicativo de los consumos problemáticos, tanto las teorías del aprendizaje como los desarrollos de la psicología cognitiva. Vale aclarar, de nuevo, que el recorrido no ha sido todo lo profundo que puede y debiera hacerse, dado que tenía como objetivo ser una primera aproximación a las teorías psicológicas de las drogodependencias y las adicciones.

Referencias bibliográficas

- Abrams, D. B., & Niaura, R. S. (1987). Social learning theory. *Psychological theories of drinking and alcoholism*, 1, 131-178.
- Adams, T.B.; Evans, D.R.; Shreffler, R.M. y Beam, K.J. (2006). Development and Evaluation of Theory-Based Alcohol Education Programs. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 50 (3), 21-30.
- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In *Action control* (pp. 11-39). Springer Berlin Heidelberg.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211
- Ajzen, I. (2005). *Attitudes, personality, and behavior*. McGraw-Hill Education (UK)

- Alaminos-Fernández, A. F. Antonio Alaminos Chica, Francisco Francés García, Clemente Penalva Verdú y Óscar Santacreu Fernández. Introducción a los modelos estructurales en investigación social. Cuenca (Ec): PYDLOS Ediciones, 2015 ISBN: 978-9978-14-314-8.
- Bandura, A. (1982). Teoría del aprendizaje social.
- Bandura, A. (1986). The explanatory and predictive scope of self-efficacy theory. *Journal of social and clinical psychology*, 4(3), 359-373.
- Bandura, A., Azzi, R. G., & Polydoro, S. A. (2009). Teoría social cognitiva: conceptos básicos. Artmed Editora.
- Beck, A. T. (Ed.). (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford press.
- Beck, A., Newman, C. F., & Wright, F. D. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Paidós.
- Becoña Iglesias, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña Iglesias, E. (2007). Bases psicológicas de la prevención del consumo de drogas. *Papeles del psicólogo*, 28(1), 11-20.
- Becoña Iglesias, E. (2011). Trastornos por consumo de sustancias psicoactivas. In *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (pp. 523-551). Ediciones Pirámide.
- Becoña Iglesias, E., & Cortés Tomás, M. (2008). *Guía Clínica de Intervención Psicológica en Adicciones. Guías Clínicas Socidrogalcohol Basadas En La Evidencia Científica*.
- Becoña Iglesias, E., & Cortés Tomás, M. (2016). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*.
- Camacho, J. (2003). *El ABC de la terapia cognitiva*. Buenos Aires.
- Cassola, I., Pilatti, A., Alderete, A., & Godoy, J. C. (2005). Conductas de riesgo, expectativas hacia el alcohol y consumo de alcohol en adolescentes de la ciudad de Córdoba. *Revista Evaluar*, 5.
- Cortés, M.T., Espejo, B. y Giménez, J.A. (2008). Aspectos cognitivos relacionados con la práctica del botellón. *Psicothema*, 20, 396-402.
- Ellis, A., & Dryden, W. (1989). *Práctica de la terapia racional emotiva*. Desclée de Brouwer.
- Esbensen, F. A., & Elliott, D. S. (1994). Continuity and discontinuity in illicit drug use: Patterns and antecedents. *Journal of Drug Issues*, 24(1), 75-97.
- Frances, A., & Paredes, J. (2014). *¿Somos todos enfermos mentales. Manifiesto contra los abusos de la psiquiatría*. Barcelona: Ariel, 978-8434414761.

- Gómez, J. G., & Carrobles, J. A. (1991). Condicionamiento clásico en la adicción. *Psicothema*, 3(1), 87-96.
- Gómez, R. Á., & Calabrese, A. (2012). Introducción al campo de las drogodependencias. Ed. Brujas.
- Gómez, R. Á., Luque, L. E., Ceballos, M., Capellino, M., & Bittar, C. (2008). Consumo de alcohol en adolescentes: el rol de las creencias adictivas. In XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.
- Gómez, R. Á., Luque, L. E., Tomas, M. T. C., Tort, B. E., & Giménez, J. A. (2012). Estudio preliminar de los determinantes cognitivos que influyen en los jóvenes argentinos para realizar un consumo intensivo de alcohol, o binge drinking. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 41(2), 309-327.
- Isorna Folgar, M. (2005). Estudio psicopatológico y psicosocial en drogodependencias.
- Klein, S. B., & Trobalon, J. B. (1994). Aprendizaje: principios y aplicaciones. McGraw-Hill.
- Laborda, M. A. (2009). Modelos animales en psicopatología experimental: miedo, tolerancia a las drogas y condicionamiento. *Revista de Psicología*, 18(2), Pág-81.
- Laespada, T., Iraurgi, I., & Aróstegi, E. (2004). Factores de Riesgo y Protección frente al Consumo de Drogas en la CAPV. Instituto Deusto de Drogodependencias (Universidad de Deusto). Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV), España: Julio.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. Ediciones Martínez Roca.
- Lazarus, R. S. (2000). Estrés y emoción: Manejo e implicaciones en nuestra salud. Desclée de Brouwer.
- Lefio, L. Á., Villarroel, S. R., Rebolledo, C., Zamorano, P., & Rivas, K. (2013). Effective interventions in the problematic use of alcohol and other drugs. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 34(4), 257-266.
- Londoño Pérez, C., García Hernández, W. , Valencia Lara, S. C. , & Vinacci Alpi, S. (2005). Expectations regarding alcohol consumption in colombian university students. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 21(2), 259-267.
- López-Torrecillas, F., Salvador, M., Verdejo García, A., & Cobo, P. (2002). Autoeficacia y consumo de drogas: una revisión. *Psicopatología clínica, legal y forense*, 2, 33-51.

- Luque, L. E., Gonzalez Verheust, M. C., & Gómez, R. A. (2010). Creencias adictivas sobre consumo de alcohol, en adolescencia inicial y media. In II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVII Jornadas de Investigación Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.
- Martinez González, J. M. & Verdejo García, A. (2012). Evolución de las creencias nucleares relacionadas con la adicción en drogodependientes con y sin trastornos de personalidad. *Adicciones*, 24(3), 229-238.
- Perez-Aranibar, C., Van den Broucke, S. y Fontaine, J. (2005). Validation of the Alcohol Expectancy Questionnaire (AEQ-A) for Peruvian University Students. *Journal of Alcohol y Drug Education*, 49, 63-84.
- Puerta Louro, R., Otero Antón, E., & Lorenzo Zuñiga, V. (2006, July). Epidemiología del síndrome de abstinencia alcohólica: mortalidad y factores de mal pronóstico. In *Anales de medicina interna* (Vol. 23, No. 7, pp. 307-309). Arán Ediciones, SL.
- Randall, D. M., & Wolff, J. A. (1994). The time interval in the intention-behaviour relationship: Meta-analysis. *British Journal of Social Psychology*, 33(4), 405-418.
- Ripoll, D. R. (2011). Cerebro y adicción. Editorial UOC.
- Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista internacional de psicología clínica y de la salud*, 3(1), 141-157.
- Sandín, B., Chorot, P., Santed, M., & Jiménez, M. (1995). Trastornos psicopatológicos. *Manual de psicopatología*, 2, 402-69.
- Sheppard, B. H., Hartwick, J., & Warshaw, P. R. (1988). The theory of reasoned action: A meta-analysis of past research with recommendations for modifications and future research. *Journal of consumer research*, 15(3), 325-343.
- Skinner, B. B. F. S. (1975). *La conducta de los organismos: una analisis experimental*. Fontanella.
- Tomás, M. T. C., Tort, B. E., & Costa, J. A. G. (2008). Aspectos cognitivos relacionados con la práctica del botellón. *Psicothema*, 20(3), 396-402.
- Wills, T. A., & Hirky, A. E. (1996). Coping and substance abuse: A theoretical model and review of the evidence.
- Wills, T. A., & Shiffman, S. (1985). Coping and substance use: A conceptual framework. *Coping and substance use*, 3-24.

LOS MANUALES DIAGNÓSTICOS Y EL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS. EL DSM IV-TR Y EL DSM 5.

Raúl Ángel Gómez

Introducción

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) de la American Psychiatric Association (Asociación Psiquiátrica de Estados Unidos) contiene una clasificación de los trastornos mentales con el propósito de proporcionar descripciones claras de las categorías diagnósticas, con el fin de que los clínicos y los investigadores puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos trastornos mentales (APA, 2013)

Antecedentes de intentos clasificatorios encontramos ya en Hipócrates, quien en el siglo V A.C. planteó las entidades de “manía”, “histeria” y “epilepsia” para referirse a ciertas formas de enfermedades mentales y también Asclepiades en el siglo I A. C. ya había dividido a las enfermedades en agudas y crónicas. Pero en la historia más reciente de los sistemas clasificatorios en particular del DSM, el hecho más inmediato y significativo fue la primera clasificación Norteamericana hecha en 1869 en el encuentro anual de la Asociación Americana Médico Psicológica, que luego sería la Asociación Americana de Psiquiatría (Frances, 2013).

Este manual surgió de la necesidad de contar con un sistema de clasificación de los trastornos mentales consensuado y aceptado ampliamente, debido al escaso acuerdo que había respecto de los criterios diagnósticos y las diversas patologías en aquellos años (Frances, 2013; Echeburua, et al, 2014).

La primera edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, el DSMI fue publicado en 1952 por el Comité de nomenclaturas y estadísticas de la Asociación Americana de Psiquiatría. Este manual fue revisado, ampliado y actualizado desde ese entonces, encontrándose diversas versiones desde aquella primera edición, en 1968 apareció el DSM-II; en 1980 el DSM-III, en 1987 se publicó la revisión de la tercera edición llamada DSM-III-R; la cuarta edición revisada, el DSM-IV fue editado en 1994. En 2013 se publicó la edición número 5 conocida como DSM 5 (Frances, 2013).

No deja de ser significativo, por ejemplo, que la primera edición del DSM contenía 106 trastornos mentales y que la actual (DSM-5, 2013) presente 216 trastornos (Sandín, 2013). Con cada nueva edición los posibles trastornos mentales siempre aumentan, pero nunca se reducen. No parece razonable pensar que en el plazo de 60 años los trastornos mentales se hayan multiplicado por dos (Ezama, Alonso y Fontanil, 2010).

El DSM, es un instrumento realizado a partir de datos empíricos y con una metodología descriptiva, con el objetivo de mejorar la comunicación entre clínicos de variadas orientaciones, y de clínicos en general con investigadores diversos. Por esto, no tiene la pretensión de explicar las diversas patologías, ni de proponer líneas de tratamiento farmacológico o psicoterapéutico, como tampoco de adscribirse a una teoría o corriente específica dentro de la psicología o psiquiatría (Frances, 2013).

Es importante aclarar que siempre debe ser utilizado por personas con experiencia clínicas, ya que se usa como una guía que debe ser acompañada de juicio clínico, además de los conocimientos profesionales y criterios éticos necesarios (APA, 2013).

La elaboración del DSM es realizada por consenso entre expertos en el área de salud mental lo que ha despertado críticas

severas en torno a ello dado que las decisiones de incluir o excluir un comportamiento como anormal, no es ajeno a intereses político-sociales (Frances, 2013). De hecho muchos autores señalan que se evidencia una presión por asignar a todos los problemas de la vida cotidiana un nombre clínico, unos síntomas y un tratamiento. Es una tendencia que se ve acentuada por el marketing de la industria farmacéutica, cuyo intereses suelen ser evidenciados en la “venta de enfermedades”, que realiza mediante publicaciones dirigidas a médicos y pacientes (Frances, 2013)

Sin embargo, este Manual también ha servido a comunicación, investigación y práctica psicológica. Se trata pues de plantear una propuesta de lenguaje común que no deja de ser controvertido para los profesionales de salud y otras áreas (APA, 2013).

Como ocurre con la publicación de cada nuevo DSM, un poco antes de su publicación y poco después de la misma, hay una importante discusión en la comunidad científica sobre sus ventajas, desventajas, utilidad, problemas, etc. Esto es lo que está ocurriendo con la publicación en 2013 del DSM-5, aunque esta vez las críticas al mismo están siendo cada vez fuertes (Becoña Iglesias, 2014).

El objetivo de este texto es recorrer brevemente los cambios más significativos en los criterios diagnósticos que clasifican los comportamientos relacionados con el consumo de sustancias. Cualquier cambio en los criterios diagnósticos de los trastornos relacionados con sustancias es relevante, por ser un trastorno muy prevalente y si hay cambios pueden alterarse los datos de prevalencia y sobre todo por qué su diagnóstico tiene no solo implicaciones clínicas sino también legales (Becoña Iglesias, 2014)

Las categorías diagnósticas de los consumos problemáticos de sustancias del DSM V-TR .

El DSM IV-TR establecía dos grupos de categorías diagnósticas:

Trastornos por Consumo de sustancias: *Abuso y Dependencia.*

Trastornos Inducidos por Sustancias:

- Intoxicación
- Abstinencia
- Delirium inducido por sustancias

- Trastorno del sueño inducido por sustancias
- Demencia persistente inducida por sustancias
- Trastorno amnésico inducido por sustancias
- Trastorno psicótico inducido por sustancias
- Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias
- Ansiedad inducida por sustancias
- Disfunción sexual inducida por sustancias

Criterios para Intoxicación por sustancias

 A. Presencia de un síndrome reversible específico de una sustancia debido a su ingestión reciente (o a su exposición). Nota: diferentes sustancias pueden producir síndromes idénticos o similares.

 B. Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos debidos al efecto de la sustancia sobre el sistema nervioso central (p. ej., irritabilidad, labilidad emocional, deterioro cognoscitivo, deterioro de la capacidad de juicio, deterioro de la actividad laboral o social), que se presentan durante el consumo de la sustancia o poco tiempo después.

 C. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

 Los cambios clínicamente significativos más frecuentes implican:

 Alteraciones de la percepción

 De la vigilancia

 La atención

 El pensamiento

 La capacidad de juicio

 El comportamiento psicomotor e interpersonal.

 El cuadro clínico específico en la *intoxicación* por sustancias varía entre los sujetos y depende de la sustancia implicada, de la dosis, la duración o cronicidad de su uso, de la tolerancia del sujeto a los efectos de la sustancia, del tiempo transcurrido desde la toma de la última dosis, de las expectativas por parte de la persona a los efectos de la sustancia y del entorno o lugar en el que la sustancia se ha tomado.

Criterios Diagnósticos para Abuso de sustancias

A. Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado **por uno (o más)** de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:

1. consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (p. ej., ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa)

2. consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p. ej., conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia)

3. problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (p. ej., arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia)

4. consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (p. ej., discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física)

B. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia.

Criterios diagnósticos para Dependencia de Sustancias.

Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado **por tres (o más)** de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

1. tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

(a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado

(b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado

2. abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

(a) el síndrome de abstinencia característico para la sustancia (v. Criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas)

(b) se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia

3. la sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía

4. existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia

5. se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p. ej., fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia

6. reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia

7. se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p. ej., consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera)

Los cambios del DSM-5 en el diagnóstico de los Consumo problemáticos.

El DSM-5 combina las categorías abuso y dependencia en un trastorno único medido en un “*continuo*” que va de leve a severo. Cada sustancia específica (excepto la cafeína, que no puede diagnosticarse como trastorno de uso de sustancias) es atendida como un trastorno separado (por ejemplo trastorno por uso de alcohol, trastorno por uso de estimulantes, etc.), pero casi todas las sustancias se diagnostican con base en los mismos criterios generales. En este trastorno abarcador, los criterios no solo se han combinado, también se han fortalecido. Mientras que el diagnóstico por abuso de sustancias antes requería solo de un síntoma, el trastorno leve

por uso de sustancias requiere de entre dos y tres síntomas de una lista de once (APA, 2013).

Los principales cambios que el DSM-5 introduce, de acuerdo a Becoña Iglesias (2014), son los siguientes:

1) Se elimina el abuso y dependencia del DSM IV y solo queda el Trastornos Relacionados con Sustancias (TRS) como una suma de criterios de abuso y dependencia del DSM-IV. El diagnóstico se hace cuando la persona tiene 2 o más síntomas de 11 a lo largo de un periodo de tiempo de 12 meses.

2) Aparece el Nivel de Severidad: **leve** (2-3 síntomas), **moderado** (4-5 síntomas) o **severo** (6 o más síntomas) en función del número de criterios diagnósticos. Se ha sugerido que la categoría de leve equivale al abuso del DSM-IV, y las de moderado y severo a las de dependencia del DSM-IV.

3) Los 11 criterios proceden de unir los de abuso y dependencia del DSM-IV con las siguientes excepciones: a) se elimina el ítem del DSM-IV referido a tener problemas legales (aduciendo que apenas se utilizaba y que reforzaba los prejuicios sociales hacia este tipo de trastornos), y b) se añade el ítem de *craving*.

4) Los TRS se dividen en dos grupos: a) trastornos por consumo de sustancias, y b) trastornos inducidos por sustancias (intoxicación, abstinencia, otros trastornos mentales inducidos por una sustancia o medicación). Se mantienen la mayoría de los síndromes psiquiátricos inducidos por sustancias del DSM-IV (ej., depresión inducida por consumo de sustancias) y se amplían a otros (ej., trastorno bipolar inducido por el consumo de sustancias).

5) Aparece por primera vez en el DSM-5 el trastorno de juego dentro de la categoría de trastorno por consumo de sustancias.

6) Las sustancias pasan de 11 en el DSM-IV a 10 en el DSM-5, al hacer una reordenación de las mismas. Quedan las siguientes: alcohol; cafeína; cannabis; alucinógenos (fenciclidina y otros alucinógenos); inhalantes; opiáceos; sedantes; hipnóticos y ansiolíticos; estimulantes (sustancia anfetamínica, cocaína y otros estimulantes), tabaco y otras sustancias (o sustancias desconocidas).

7) Se introduce el síndrome de abstinencia del cannabis (que no aparecía en el DSM-IV). El síndrome de abstinencia para la

caféina no se incluye, solo aparece en el apartado C del manual.

Tabla 1
Criterios del DSM-IV y DSM-5 para el trastorno por consumo de sustancias

	DSM-IV Abuso ^a (≥ 1 criterio)	DSM-IV Dependencia ^b (≥ 3 criterios)	DSM-5 Trastorno por consumo de sustancias ^c (≥ 2 criterios)
Uso peligroso	X		X
Problemas sociales/internpersonales relacionados con el consumo	X		X
Incumplimiento de los principales roles por su consumo	X		X
Problemas legales	X		
Síndrome de abstinencia ^d		X	X
Tolerancia		X	X
Usa mayor cantidad/más tiempo		X	X
Intentos repetidos de dejarlo/controlar el consumo		X	X
Mucho más tiempo del que pensaba		X	X
Problemas físicos/psicológicos relacionados con el consumo		X	X
Deja de hacer otras actividades debido al consumo		X	
<i>Craving</i>			X

En el DSM 5 no se usa el término adicción como un término diagnóstico en esta clasificación, más allá de que sea usado en muchos países para describir problemas severos relacionados con el consumo compulsivo y habitual de sustancias (APA, 2013).

El término más neutral “trastornos por uso de sustancias” es usado para describir la amplia gama del trastorno, desde una forma leve a un estado grave de tipo crónico, recidivante y compulsivo de consumir drogas.

Algunos clínicos elegirán el término adicción para describir estos estados más extremos, pero la palabra fue omitida del diagnóstico del trastorno por uso de sustancias oficial del DSM 5 por su incierta definición y su connotación potencialmente negativa.

Algunas implicaciones de los cambios en el DSM 5.

Son varias las implicaciones que tienen para la clínica y para los estudios epidemiológicos de prevalencia los nuevos criterios diagnósticos, junto con algunos problemas que surgen con los mismos (Becoña Iglesias, 2014).

La consideración de una relación jerárquica entre abuso y dependencia era considerado problemática (Jones, Gill y Ray, 2012),

de ahí que se haya eliminado. Es cierto que aunque la mayoría de los clínicos asumían que un diagnóstico de abuso era un precursor y/o antecedente del posterior diagnóstico de dependencia, los estudios rigurosos indican lo contrario. Por ejemplo, en el de Schuckit et al. (2001) solo el 10 % de las personas diagnosticadas de abuso del alcohol se convertían posteriormente (3-5 años de seguimiento) en personas dependientes del alcohol (Becoña Iglesias, 2014).

La justificación de la unidimensionalidad para el TRS se basó en distintos análisis factoriales y en los estudios con la teoría de la respuesta al ítem. En estos estudios aparecía un solo factor que incluye a ambas categorías de Abuso y dependencia (Hasin et al., 2013).

Otro importante punto de discusión es el punto de corte para el diagnóstico. Ahora son 2 de 11 criterios. En los estudios de validación realizados, utilizando tanto muestras de la población general como clínicas, cambiaba poco la prevalencia de usar 2, 3 o 4 criterios como punto de corte para el TRS (Hasin et al., 2013). Pero otros estudios, con muestras muy amplias y controlando la diversidad cultural (Kerridge, Saha, Gmel y Rehm, 2013), indican para el alcohol que el punto adecuado con criterios DSM-5 sería el de 4, no 2. Y, en el estudio de Compton & Baler (2016), también con una amplia muestra, con criterios DSM-5, el punto de corte sería de 4 o más para el alcohol, cocaína y opiáceos. Para el cannabis sería de 6 o más criterios.

Lo que pretende el DSM-5 al bajar el punto de corte es contener a los “diagnósticos huérfanos” o falsos negativos (Agrawal, Health y Lynskey, 2011). El problema ahora está en que hay el riesgo de diagnosticar esos diagnósticos huérfanos y otros adicionales que no tengan esas personas, esto es incrementar los falsos positivos.

La tensión, siempre presente, entre sensibilidad versus especificidad de un instrumento diagnóstico se resolvería inclinado la balanza del lado de la sensibilidad al costo del sobre diagnóstico (Frances, 2013).

Es evidente que este problema de sobre diagnósticos intenta resolverse con la introducción del nivel de severidad del trastorno:

leve (2-3), moderado (4-5) y severo (6 o más criterios). Pero la consecuencia directa de esta distinción lleva a la conclusión de que el tratamiento no puede ser el mismo para los distintos niveles de gravedad. Se añade confusión y llevará a que, utilizar 2 de 11 criterios, no sea correcto en todos los casos para el diagnóstico, incrementándose artificialmente el porcentaje de personas con el trastorno.

Esto va a ocurrir sobre todo en personas jóvenes, indicando que el DSM-5 se ha olvidado de la relevancia de las variables sociales, contextuales y psicológicas que se relacionan con el inicio del consumo de sustancias (Becoña, 2002).

Por ello, en el caso del alcohol, y del tabaco (donde antes en este no había el diagnóstico de abuso), como en otras drogas (ej., cannabis), la prevalencia con el DSM-5 va a incrementarse de modo significativo. Esto llevará a la estigmatización de personas “normales” o a, simplemente, no aceptar el diagnóstico en los casos límites o dudosos (Becoña Iglesias, 2014).

Referencias bibliográficas

- Agrawal, A., Heath, A. C., & Lynskey, M. T. (2011). DSM-IV to DSM-5: The impact of proposed revisions on diagnosis of alcohol use disorders. *Addiction*, 106(11), 1935-1943.
- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th Edition)*. Washington, DC: Author
- Becoña Iglesias, E.(2014). Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (110), 58-61.
- Compton, W. M., & Baler, R. (2016). The epidemiology of DSM-5 cannabis use disorders among US Adults: Science to inform clinicians working in a shifting social landscape.
- Compton, W.M. , Dawson, D.A. , Goldstein, R.B. y Grant, B. F. (2013). Crosswalk between DSM-IV dependence and DSM-5 substance use disorders for opioids , cannabis , cocaine and alcohol. *Drug and Alcohol Dependence*, 122:38.46.

- Echeburua, E., Salaberria, K., & Cruz-Saez, M. (2014). Contributions and limitations of DSM-5 from Clinical Psychology. *Terapia psicológica*, 32(1), 65-74.
- Ezama, E., Alonso, Y., y Fontanil, Y. (2010). Pacientes, síntomas, trastornos, organicidad y psicopatología. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10, 293-314.
- Frances, A. (2013). *Saving Normal: An Insider's Revolt Against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life*. London: William Morrow (HarperCollins Publishers).
- Hasin, D. S., O'Brien, C. P., Auriacombe, M., Borges, G., Bucholz, K., Budney, A., ... & Schuckit, M. (2013). DSM-5 criteria for substance use disorders: recommendations and rationale. *American Journal of Psychiatry*, 170(8), 834-851.
- Jones, K. D., Gill, C. and Ray, S. (2012), Review of the Proposed DSM-5 Substance Use Disorder. *Journal of Addictions & Offender Counseling*, 33: 115–123. doi:10.1002/j.2161-1874.2012.00009.x
- Kerridge, B. T., Saha, T. D., Gmel, G., & Rehm, J. (2013). Taxometric analysis of DSM-IV and DSM-5 alcohol use disorders. *Drug and alcohol dependence*, 129(1), 60-69.
- Sandín, B. (2013). DSM-5: ¿Cambio de paradigma en la clasificación de los trastornos mentales?. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 18(3), 255-286.

LA PREVENCIÓN DE LOS CONSUMOS PROBLEMÁTICOS Y PROBLEMAS ASOCIADOS

CONCEPTOS BÁSICOS

Patricia Del Zotto Libonatti

¿Es posible la prevención?

La prevención en el ámbito de las drogodependencias ha hecho avances importantes en las últimas décadas.

Si bien los primeros esfuerzos (profesionales, económicos y políticos) se han centrado en la asistencia, en los tratamientos (a paliar las consecuencias de los consumos); la prevención ha ido ganando terreno transformándose en la clave de toda intervención integral de las drogodependencias.

¿Por qué la gente consume drogas? ¿Por qué algunas personas desarrollan consumos problemáticos y otras no? ¿Todos los consumos resultan problemáticos? Estas son las preguntas que ha intentado responder la prevención para planificar su estrategia de intervención.

La forma de responder a estas respuestas, la idea acerca de la causalidad y de las variables que influyen en la aparición del problema marcará la forma de entender la prevención.

Las adicciones no surgen espontáneamente, de inmediato; existe un primer momento de encuentro con la sustancia y luego

se suceden (en ritmos diferenciados) momentos de adquisición y transición hacia la dependencia. Son múltiples y diferentes los factores los que intervienen en cada momento del proceso.

Una de las premisas que se ha constatado en prevención es que cuando alguien inicia un contacto con las drogas, establece un proceso de relación único que es siempre reversible desde cualquier punto del proceso (FAD y PMCD, 2000). El desafío de la prevención es identificar las variables que intervienen en este proceso e incidir sobre ellas.

Los avances a nivel de estudios de investigación sea tanto a nivel epidemiológico como de indagación de variables causantes o intervinientes de las adicciones ha permitido con el tiempo dejar de perseguir objetivos inviables y reemplazarlos por otros más concretos y evaluables.

Así, actualmente los profesionales dedicados a la prevención deben entender la complejidad de la temática e ir hacia ella con herramientas pero con el espíritu de descubrir cada vez una nueva realidad sin estereotipos ni prejuicios y aplicar métodos de conocimiento diagnóstico para el armado posterior de la estrategia a aplicar que necesariamente tendrá que ser a la medida de la realidad estudiada y evaluable.

La prevención ha dado pruebas de ser eficaz sobre todo cuando logra el compromiso de las diferentes disciplinas y se aborda desde los distintos ámbitos armonizando paradigmas, pudiendo dar respuestas coordinadas a un problema complejo. El caso más evidente y constatable es con el consumo de tabaco.

Cuando la prevención es eficaz, es el mejor medio, el más económico y ecológico de reducir el impacto del consumo de sustancias. Es el camino más efectivo porque impide que aparezcan el sufrimiento y las consecuencias negativas para la salud física y mental del sujeto, a diferencia del tratamiento que reduce o elimina lo que ya se padece (Calafat Far, Juan Jerez, Becoña Iglesias y Fernández Gómez, 2007)

Modelos en Prevención

Durante la historia en el que comenzaron a ponerse en marcha acciones para contrarrestar los problemas asociados a los consumos problemáticos, se han ido elaborando diferentes modelos.

La importancia de identificar los distintos modelos que intentan responder la etiología y el proceso de las adicciones surge porque, dependiendo de él será la forma de entender y comprender la prevención y por lo tanto las estrategias que se seguirán.

A continuación se expondrán los diversos modelos que se han formulado alrededor de la problemática (Nowlis, 1975), sabiendo que los mismos representan una visión reduccionista porque enfatizan algún aspecto concreto: sustancia, sujeto, contexto; desatendiendo a la complejidad del proceso. Además se ilustrará sobre las estrategias de prevención que se desprenden de cada modelo.

Así también es de destacar que la construcción de modelos y el ensayo de elaboración de estrategias de prevención durante los últimos años han permitido ir progresivamente descartando acciones equívocas e integrar otras. Por lo que cada vez se tiende a modelos integradores multiparadigmas en donde se tiene en cuenta toda la complejidad. (Cortés y Mayor, 2002).

Modelo Ético Jurídico:

Mirada vinculada a profesionales del derecho y de la seguridad. Analiza el problema de las adicciones desde sus posibles implicaciones delictivas. Se centra en los factores susceptibles de sanción legal. La sustancia es un agente corruptor que induce al delito y el sujeto que subyace a la misma es inmoral, delincuente ya que es responsable de su adicción. El contexto tiene escasa importancia, en tanto es modulador de la interpretación del delito, atenuando o acrecentando las consecuencias de la sustancia y la responsabilidad del sujeto.

En cuanto a estrategia de prevención utiliza la amenaza (divulgando las terribles consecuencias del uso de drogas) y el castigo en forma de ley (por la posesión y el uso de drogas). Además tiene

como objetivo dificultar la disponibilidad de la sustancia (lucha contra el narcotráfico, limitar la venta a menores). Prevalecen las acciones legislativas, judiciales, policiales y por ende correccionales, persiguiendo entre otras cosas eliminar comportamientos antisociales de ciertos grupos delictivos.

Modelo Médico Sanitario

Se centra prioritariamente en las consecuencias ocasionadas por la interacción entre el consumidor y la sustancia. Paradigma desarrollado principalmente por profesionales de la salud que han afrontado los problemas de salud generados por los consumos. La sustancia ocupa un papel central como un agente agresor que produce efectos neurofisiológicos y síntomas clínicos. El estatus legal de la sustancia carece de importancia por lo que el tabaco y el alcohol se integran con especial atención en la intervención.

Por otro lado el sujeto es un elemento pasivo, receptor, susceptible a la sustancia y al desarrollo de la adicción. La dependencia es una enfermedad caracterizada por una irreversible pérdida de control sobre los efectos producidos por la sustancia y el consumidor es un enfermo con necesidad de atención sanitaria. El ambiente es relegado a un papel secundario siendo el escenario en donde se dan los consumos.

La estrategia preventiva parte del valor que le conceden las personas a la salud por lo que básicamente es la Educación para la salud la que se privilegia. Son características las campañas sanitarias, las charlas informativas sobre los efectos nocivos de las sustancias sobre el organismo y se comienzan a desarrollar programas que cambien comportamientos y actitudes para evitar el uso y abuso de drogas: Programas de Educación para la salud dentro del ámbito de la salud y en las escuelas.

Desde la intervención en tratamiento se adoptan medidas sanitarias curativas como desintoxicación y deshabitación a través de psicofármacos.

Una de las críticas más duras que ha recibido este modelo es la dificultad que presenta para determinar en dónde está el límite de la división entre el drogodependiente –enfermo- y el no

drogodependiente, ignorando la complejidad del proceso de la adquisición de los comportamientos.

Modelo Psicosocial

Paradigma en donde el sujeto tiene un papel activo ya que se considera las adicciones como una problemática del comportamiento humano. Reconoce el peso que tienen los factores psicológicos y sociales sobre la toma de decisiones. El sujeto que desarrolla consumos problemáticos presenta dificultades en su adaptación, en su maduración. La sustancia es la que es relegada a un segundo plano ya que no es la causante principal del problema. Dentro de las disciplinas psicosociales surgen teorías que intentan explicar el origen, el desarrollo y el mantenimiento de las conductas adictivas, por ejemplo: Teoría del aprendizaje social y teoría cognitiva social de Bandura; Modelo del desarrollo social de Catalano, Hawkins et al. ; Teoría interaccional de Thornberry; Teoría de la conducta problema de Jessor y Jessor; Teoría para la conducta de riesgo de los adolescentes de Jessor; Modelo integrado general de la conducta de uso de drogas de Botvin; Modelo de estilos de vida y factores de riesgo que lo condicionan de Calafat et al.; Teoría de la influencia triádica de Flay y Petraitis; Modelo de autocontrol de Santacreu et al. (Becoña, 2007)

El ambiente tiene relevancia en tanto forma parte de los factores que rodean al sujeto, su entorno inmediato pasando por alto aspectos macrosociales y políticos.

Las consecuencias físicas y los aspectos legales de las sustancias quedan obviadas en la mayoría de las teorías que sustentan este modelo.

En cuanto a la estrategias que se ponen en marcha desde esta perspectiva son las de generar estilos de comportamientos que sean alternativos al consumo de drogas. Surgen los programas inespecíficos focalizados en los factores psicosociales implicadas en el desarrollo de los consumos problemáticos: presión de grupo, comunicación, cohesión familiar, habilidades en la toma de decisiones, búsqueda de alternativas saludables, etc.

Modelo socio cultural

Paradigma fundamentalmente ambientalista que destaca la influencia que tiene el entorno en la conducta del sujeto. Destaca que las políticas, la estructura socioeconómica, la cultura determinan no solo la representación de la sustancia sino las formas de consumo.

Entiende el fenómeno de las drogas de una forma global, en donde el interés lucrativo del tráfico y el narcotráfico de drogas mantienen el subdesarrollo de grupos más vulnerables y propician su consumo y posterior dependencia.

A nivel preventivo surgen los programas comunitarios, el establecimiento de redes de recursos para la prevención de los problemas que ocasionan las drogas. En donde más que evitar los consumos se busca la reducción de daños y se persigue como objetivo principal mejorar las condiciones de vida fortaleciendo los recursos locales (Programas ecológicos).

Cobran especial interés a nivel preventivo las acciones dirigidas a poblaciones de mayor vulnerabilidad social (Programas de prevención selectiva, políticas de reducción del daño).

A partir de este modelo surge la necesidad de la aplicación de políticas públicas que se responsabilicen y garanticen la posibilidad de los pueblos del derecho a la salud y el bienestar (Planes Nacionales, Provinciales, Municipales, Acuerdos de estrategias internacionales, etc.).

Una de las críticas a este modelo es la escasa importancia que le otorga al sujeto (ya que subyace al contexto), a la sustancia (disponibilidad, efectos, aspectos legales) y a la relación particular que se establece entre estas dos partes.

Modelo de Reducción de daños y Riesgos (de estrategia política de salud pública a un modelo conceptual)

Se incluye en este apartado ya que surge como estrategia paliativa, consolidándose con el tiempo situándose en la actualidad como un nuevo paradigma más en el ámbito de la prevención de las drogodependencias.

Sitúa al individuo como sujeto de derecho, con capacidad de tomar decisiones coherentes con su propio sistema de valores. Las políticas aplicadas en prevención deben atender sin estereotipos ni prejuicios ofreciendo la posibilidad a los consumidores (que aún no se plantean abandonar el consumo) de resguardar su salud.

Las estrategias de Reducción de Riesgos y Daños comienzan en la década de los 80, principalmente en Holanda y Reino Unido, como respuesta a los graves problemas sanitarios que se presentaban en los grupos de usuarios de drogas inyectables. Los estudios epidemiológicos demostraban una elevada incidencia y prevalencia de enfermedades infectocontagiosas, hepatitis B/C y tuberculosis, culminando con la irrupción del HIV/SIDA. Comienza a primar el objetivo de mantener al consumidor vivo y dentro del sistema por sobre la abstinencia. Considera que, por razones diversas, algunas personas quieren consumir drogas asumiendo los riesgos que dicho consumo pueda llevar. Y ante este hecho hay que promover el desarrollo de estilos de vida y de conductas que contribuyan a que el consumo resulte lo más seguro y lo menos arriesgado posible, y no llegue a plantear daños irreversibles. Propone una postura éticamente neutral al uso de drogas, así como de respeto, aceptación, apoyo y promoción de las capacidades personales de quienes consumen sustancias psicoactivas. No plantea como objetivo principal la abstinencia y se centra en la prevención, entendida como la minimización de los problemas relacionados con el uso de drogas (Arbex Sánchez, 2013).

Hacia un modelo Integrador

La puesta en marcha de cada uno de los modelos ha supuesto para la prevención un aprendizaje progresivo en el que más allá de situarse obstinadamente en un paradigma lo correcto resulta armonizar los distintos paradigmas. Además la complejidad de la prevención requiere de la intervención de diferentes disciplinas ya que cada una por separado, en su intento de desarrollar una teoría sigue dando una explicación parcial del problema. Los campos disciplinarios han ido acumulando evidencia científica que requiere

de la construcción de un modelo que permita integrar los datos empíricos y que los mismos puedan explicar a su vez el fenómeno.

Se toma como modelo integrador el propuesto por Cortés y Mayor (2002). Según este modelo se debe cumplir con los requisitos de:

- Multidisciplinariedad: Es necesario analizar y tratar a los consumos y las adicciones desde diferentes disciplinas. Algunas se encuentran claramente definidas e implicadas: Ciencias sociales, ciencias de la educación, psicología, farmacología, fisiología, psiquiatría, medicina, ciencias de la política y el derecho.
- Multiparadigma: En la actualidad coexisten multitud de enfoques o paradigmas para estudiar y tratar a las adicciones. Se hace necesario concordar los mismos para no caer en respuestas eclécticas simplistas.

Se busca la articulación sistémica entre las diferentes disciplinas, los diferentes paradigmas y los múltiples factores, las variables, las dimensiones y los niveles que resultan del análisis del fenómeno de los problemas asociados a los consumos problemáticos. Cuando esto sucede la prevención resulta eficaz, prueba de ello han sido las estrategias aplicadas para prevenir los problemas ocasionados por el consumo de tabaco en donde se han tomado medidas desde: lo legislativo (en cuanto a acotar los espacios de consumo, regulación sobre la venta y accesibilidad a menores de edad, publicidad), lo educativo (campañas de sensibilización), lo sanitario (estrategias desde atención primaria dando oferta de tratamientos de tipo ambulatorio) y la psicología (aportando estudios y estrategias para el cambio de actitudes y comportamientos).

Cortés y Mayor (2002) integran correctamente la perspectiva de Mayor Sánchez (1995), el mismo propone un modelo multidimensional y sistémico en el cual propone que una visión integradora no debe olvidar tres aspectos fundamentales que siempre están implicados:

1. *Aspecto estructural*: Elementos que intervienen en el fenómeno de los consumos, el sujeto, la sustancia y el contexto. Cada elemento con sus características, dimen-

siones y variables.

2. *Aspecto procesual*: Integrando la conceptualización de los consumos como proceso. Entendiendo momentos de inicio, de adquisición, de mantenimiento y extinción.
3. *Aspecto funcional*: En donde se incorpora el afrontamiento, la relación del sujeto (previo, simultáneo y posterior) respecto del uso (desde la toma de decisión de consumir o no hasta los efectos reforzadores del uso) de la sustancia, siempre inmerso en un sistema social.

Siguiendo la tendencia y coincidiendo conceptualmente propone Touzé, (2010) el Modelo Multidimensional en el que se considera al 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.

La oferta y la demanda

La oferta de drogas es la disponibilidad de sustancias que tiene tanto el sujeto como una comunidad, por otro lado se entiende por demanda al requerimiento que hacen las personas hacia las sustancias para su consumo.

En prevención existen actuaciones tendentes a la limitación de la disponibilidad de las drogas y de la accesibilidad a las mismas. Se dice entonces de la prevención orientada hacia el control o la reducción de la oferta. Por otra parte la tarea preventiva orientada a la reducción de la demanda es aquella que a través de medidas sobre todo psicosociales, educativas y comunitarias intenta aumentar las capacidades de los individuos y comunidades para que no establezcan una relación problemática con las drogas.

Tradicionalmente el control de la oferta se ha asociado fundamentalmente y de forma casi exclusiva a la producción y el tráfico de las drogas ilegales. Por lo que a nivel disciplinar y profesional se actuaba separadamente. Sin embargo, la evidencia científica ha constatado el papel relevante que tienen las drogas legales (alcohol, tabaco y psicofármacos) en los problemas asociados a los consumos. Por ello, actualmente surge la necesidad de actuar sin establecer departamentos estancos entre oferta y demanda que son caras de una misma moneda. Muchos países han recurrido a estrategias a nivel de la oferta aprobando diferentes normas para la restricción de la publicidad, la limitación de la accesibilidad a menores de edad y la prohibición del consumo en espacios públicos de tabaco y alcohol. Medidas que acompañadas por estrategias socioeducativas resultan eficaces.

Pero al igual que sucede con el mercado de las sustancias ilegales son muchos los intereses políticos y económicos que dificultan el control de la oferta de las legales. Por eso las estrategias de prevención orientadas a reducir la demanda resultan necesarias ya que siguen siendo las que permiten mayores posibilidades de acción.

Definición, fines y objetivos de la Prevención

Definición de Prevención: Prevención en adicciones

Prevenir es preparar con anticipación las cosas necesarias para un fin, conocer con anticipación un daño o perjuicio, para intentar evitarlo. Cuando hablamos de prevención de las adicciones surgen definiciones más o menos complejas, más o menos precisas. Detallamos algunas:

Prevenir es un proceso activo de implementación de iniciativas tendentes a modificar y mejorar la formación integral y la calidad de vida de los individuos, fomentando el autocontrol individual y la resistencia colectiva ante la oferta de las drogas (Martín, E. 1995).

Prevención es poner en marcha acciones para frenar el consumo de drogas, o el surgimiento de otras adicciones, como en

mejorar todas aquellas variables que se relacionan con el inicio, progresión y mantenimiento del consumo de las distintas drogas, centrándose en las variables del individuo (ej., incrementar sus estrategias de afrontamiento) y del sistema social (ej., que tenga oportunidades), así como en otras conductas relacionadas con el consumo de drogas (predisposición, conductas delictivas, baja autoestima, etc.) (Becoña y Cortés, 2011).

Prevenir un problema significa actuar antes de que éste surja, evitando así su aparición. Ello supone haber identificado previamente las causas e incidir sobre todas ellas. Es por esto, que cualquier intervención o programa preventivo racional se basa en unos conocimientos, hipótesis o suposiciones acerca de la etiología. Y es también por esto, que no se puede considerar preventiva cualquier actuación. Pero, además, la propia filosofía, estrategia, e incluso la técnica utilizada pueden ser más o menos apropiadas (Amengual, Borràs, Calafat Farrés, y Mejías, 2002).

Aportamos una definición:

Prevención en adicciones son las acciones y los efectos de las estrategias diseñadas para modificar determinantes tanto individuales, macro y micro - sociales con el fin de promover estilos de vida saludables que permitan evitar y/o reducir los problemas asociados al consumo de sustancias y otras adicciones.

Fines y objetivos de la prevención

El objetivo de la prevención no es que nadie consuma drogas. Este sería un objetivo idealista y utópico. Pero sí es un objetivo realista el que las personas retrasen el consumo, hagan solo consumos esporádicos o que una parte importante de ellos no lleguen a consumir nunca drogas. Realmente, lo que se pretende con los programas preventivos es alterar las características psicológicas de los individuos para incrementar los factores de protección y disminuir los factores de riesgo para que las personas no consuman, cambiar el contexto ambiental que se relaciona con el consumo de drogas y modificar la interacción entre estas variables. (Becoña y Cortés, 2011)

Son varios los objetivos que pretende conseguir la prevención de las drogodependencias. De los que mayormente se enumeran podemos nombrar los siguientes (Becoña, 2002; Cortés y Mayor, 2002; Martín, 1995; Plan Nacional sobre Drogas, 2000; Unidad Técnica de Coordinación Regional de Drogodependencias, 2010):

- Evitar o retrasar el inicio del consumo de sustancias psicoactivas.
- Evitar la progresión hacia un uso frecuente o regular.
- Evitar o minimizar los riesgos asociados al consumo.
- Prevenir o reducir los daños derivados del consumo de drogas.
- Educar a los individuos para que sean capaces de mantener una relación madura y responsable con las drogas.
- Potenciar los factores de protección y disminuir los de riesgo para el consumo de drogas.
- Modificar las condiciones del entorno socio-cultural y proporcionar alternativas de vida saludables.

De los objetivos generales de la prevención se desprenden los objetivos intermedios que corresponden a las modificaciones que se espera producir en los factores de riesgo o de protección relacionados con el uso de drogas y los problemas relacionados con el consumo de estas sustancias. Su vinculación a los objetivos finales viene dada por el marco teórico en el que se base cada intervención y por la evidencia acumulada mediante la investigación disponible, de manera que se espera que el logro de los objetivos intermedios contribuya de manera significativa a la consecución de los objetivos finales .

Operacionalmente vienen dados por las modificaciones previstas sobre las variables dependientes de las intervenciones (Unidad Técnica de Coordinación Regional de Drogodependencias, 2010). Algunos ejemplos de dichas variables son: -Incremento de la percepción del riesgo asociado al uso de drogas. -Incremento de la capacidad para tomar decisiones independientes ante las presiones al consumo. Objetivos evaluables.

Los objetivos de la prevención se materializan luego a través de proyectos, programas y planes.

- Los *proyectos* son un conjunto de actividades concretas, interrelacionadas y coordinadas que se realizan para alcanzar un fin. Los proyectos son unidades operativas más pequeñas.
- Un *programa* es conjunto de acciones humanas y recursos materiales diseñados e implantados organizadamente en una determinada realidad social, con el propósito de resolver algún problema. Si bien parece no haber diferencia entre proyecto y programa, es importante aclarar que un programa puede contener proyectos, por ejemplo: Un programa escolar puede proponer el proyecto de realizar un libro entre los alumnos. A su vez los programas pueden responder a planes.
- Un *plan* es un documento que contempla en forma ordenada y coherente las metas, estrategias, políticas, directrices y tácticas en tiempo y espacio, así como los instrumentos, mecanismos y acciones que se utilizarán para llegar a los fines deseados. Es de mayor complejidad y compromete a distintos ámbitos de actuación.

Estrategias de prevención

En la historia de la prevención de drogas se han utilizado distintas estrategias que respondían, en su momento a los modelos imperantes.

Estrategias Informativas:

En un primer momento, respondiendo al modelo ético jurídico y al modelo médico, se perseguía disuadir (a los jóvenes sobre todo) a través de la información sobre las consecuencias (negativas) de los efectos de las drogas. Imperaron las estrategias informativas. Con el tiempo estas estrategias despertaron controversias, ya que no existen evidencias de que la información en sí misma logre persuadir, son intervenciones difícilmente evaluables (FAD y

PMCD, 2000; Macià Antón 1995). En la actualidad se sabe que el conocimiento, la información es necesaria aunque no suficiente. Es por ello que se recomienda que cuando se utilice reúna ciertas recomendaciones básicas (Cortés y Mayor 2002):

- Ofrecer datos objetivos y veraces;
- Evitar la falta de concreción y el tono alarmista, moralizador que despierte miedo, desconfianza o curiosidad.
- Adecuar los contenidos a la vida cotidiana y al nivel de asimilación de la población a la que va dirigida.
- Enmarcar la información en un proceso de aprendizaje.

Estrategias formativas

En un segundo momento de la historia de las estrategias de prevención se plantea que los jóvenes desarrollen habilidades intelectuales y sociales que les habiliten en la toma de decisiones ante la oferta de drogas (modelo psicosocial). Se privilegian las estrategias formativas. Estas persiguen que por decisión y control propio prescindan libremente del uso de drogas. Para que resulten eficaces se recomienda que (FAD y PMCD, 2000):

- Hacer más hincapié sobre las causas de los problemas de consumo que en las consecuencias.
- Los contenidos contemplen la educación en valores y actitudes.
- No ser de carácter puntual sino que se lleven a cabo con continuidad y a largo plazo.

Oferta de Alternativas

En la historia más reciente de la prevención se asume un nivel más amplio en la intervención. Que sostiene que el individuo consume drogas porque satisface una necesidad o cumple una funcionalidad. Por ello esta estrategia persigue generar alternativas de tipo físico, sensorial, emocional, social que no le hagan recurrir al uso de drogas. Son típicas: actividades deportivas, culturales, etc.

Se recomienda que la oferta de alternativa sea una construcción que parta del mismo sujeto.

Prevención específica e inespecífica

Se distingue hace tiempo entre programas específicos (aquellos que abordan de forma explícita y directa la problemática de las drogas de lo cual el sujeto o el grupo es conocedor) de los programas o estrategias inespecíficas (aquellos que el grupo o el sujeto no es conocedor de que se están trabajando contenidos relacionados con el consumo de drogas).

Esta diferenciación ha resultado polémica y quizás haya caído en una clasificación inútil, ya que como dice Becoña (2002), la diferencia básica de si una actividad es específica o inespecífica para la prevención de las drogodependencias está en si hay una conexión entre dicha actividad y el consumo de drogas y podemos evaluar dicha relación. Si haciendo cierto tipo de actividad que asumimos va a disminuir el consumo de drogas podemos evaluar si realmente lo consigue. Si no podemos afirmarlo entonces no estamos haciendo prevención de drogodependencias, estamos haciendo otra cosa distinta.

Niveles de Prevención

Inicialmente la prevención de drogas tomó del modelo de salud para distinguir niveles de actuación. Caplan (1980) desde el campo de la Salud Pública propone la diferenciación entre: la *prevención primaria* que interviene antes de que surja la enfermedad (no consumo de drogas), la *prevención secundaria* actúa en las primeras etapas de la enfermedad (evitar el avance al consumo problemático) y la *prevención terciaria* que actúa posterior a la remisión de la enfermedad (rehabilitación, inserción). Esta diferenciación equivalía en prevenir, curar rehabilitar (Becoña 2002). La mayor crítica que ha recibido esta clasificación es por estar centrada en la enfermedad, en el problema, en el consumo más que en los procesos.

Actualmente existe una propuesta que ha tenido mayor adherencia, que tiene en cuenta la exposición a riesgos por parte de la población a la que se destinan las acciones: Prevención Universal, Selectiva e indicada (Gordon 1987).

- *Prevención Universal* es aquella que va dirigida a la población en general, sin distinción de grupos. No se han determinado riesgos o son muy generales.
- *Prevención Selectiva* es aquella que va destinada a grupos de riesgo, se han detectado riesgos específicos.
- *Prevención Indicada* Aquella dirigida a subgrupos de mayor riesgo en donde frecuentemente ya han entrado en contacto con las sustancias.

Si bien esta clasificación se aleja de modelo de salud y avanza al situarse desde el sujeto (población) y los factores de riesgo (permiten su diagnóstico y evaluación posterior) que están incidiendo no deja de tener sus inconvenientes. El más frecuente es la dificultad de trabajar grupalmente en la prevención selectiva e indicada sin estigmatizar y sin despertar el rechazo y la falta de adherencia por parte de los participantes.

Ámbitos de la Prevención

Ámbito escolar

El ámbito escolar es un marco que presenta muchas ventajas para intervenir en prevención, por ejemplo:

- El sistema educativo permite llegar a la mayor parte de los niños y adolescentes.
- La etapa evolutiva de los alumnos (infantil, primaria y secundaria) se encuentra en su mayor momento de permeabilidad en la adquisición de conocimientos, actitudes y valores.
- El tiempo que pasan en la escuela permite que las acciones puedan ser sostenidas a lo largo de los años.

- La escuela permite y puede posibilitar un acercamiento a toda la comunidad educativa: Profesores, familia y comunidad. Para implicarles en acciones coordinadas.
- Por su accionar cotidiano permite detectar precozmente factores de riesgo y articular mecanismos para resolverlos.

Estas ventajas que presenta la escuela han hecho que en la mayoría de los países se haya legislado incluyendo en la Ley de educación las acciones de prevención de los problemas de consumo y otras adicciones. Aquí en Argentina dice la Ley 26.206 (Ley de Educación Nacional): Art. 11 inciso “Q”: es un objetivo promover valores y actitudes que fortalezcan las capacidades de las personas para prevenir las adicciones.

Ámbito familiar

La familia es un espacio de crecimiento y aprendizaje. La familia forma parte del centro de vida del niño y el adolescente. Cualquier intervención preventiva queda incompleta si no se incluye a la familia de alguna manera. Los padres o los que ejercen el rol familiar pueden actuar como agentes de prevención cuando se les brinda las herramientas precisas. Las posibilidades de la familia son incuestionables:

- Pueden transmitir modelos saludables a sus hijos.
- La familia si propicia el diálogo y el afecto es el espacio en donde se aprende a resolver las situaciones conflictivas de la vida cotidiana.
- La familia puede educar en la autonomía y en la independencia brindando seguridad en la participación social de los hijos.
- La familia puede aprender a detectar y mitigar posibles riesgos emanados del mismo núcleo familiar. Y entender su papel protagónico en la prevención como factor de riesgo y como factor de protección.

Dentro de las estrategias más utilizadas han sido las *Escuelas de Padres* desde una posición del experto enseñando a los padres.

Actualmente se intenta crear espacios de construcción conjunta partiendo desde los mismos padres en donde el objetivo no sea enseñar unidireccionalmente sino fomentar el fortalecimiento familiar.

Prevención comunitaria

La prevención comunitaria pretende desarrollar estrategias de prevención en el que la comunidad sea *partícipe*. No es la unión de programas escolar, familiar y laboral sino que resulta de la construcción conjunta en la intención de la comunidad de prevenir el consumo de drogas y promover estilos saludables de vida. Implica la formación y fortalecimiento de líderes comunitarios y redes de las distintas instituciones y organizaciones. Estas intervenciones requieren de una buena planificación, coordinación y medios para la puesta en práctica. Ya que una de sus desventajas es que su evaluación resulta compleja. Habitualmente un programa comunitario incluye otros subprogramas, o programas que a su vez funcionan independientemente, como la prevención escolar, la familiar, la laboral, etc., pero que si se coordinan dentro de un programa comunitario pueden funcionar sinérgicamente (Becoña 2002).

Una de las mayores ventajas en la intervención comunitaria es que al abarcar a toda la población, a través de ella se puede llegar a grupos de vulnerabilidad social que no están incluidos en los sistemas reglados (escolar, laboral).

Ámbito laboral

Es de los ámbitos más olvidados, posiblemente porque (Cortés y Mayor, 2002):

- Las empresas eviten reconocer que la problemática se desarrolle dentro de las mismas y eso implique aceptar una relación con el trabajo.
- Que las estrategias de prevención impliquen costos adicionales no previstos.
- Los trabajadores eviten evidenciar problemas de consumo por temor a consecuencias dentro de las empresas.

Uno de los desafíos de la prevención es persuadir al mundo empresarial de la rentabilidad de la aplicación de estrategias de prevención. El contexto laboral es uno de los más adecuados para la detección precoz de los problemas provocados por el uso y abuso de drogas, así como el ámbito propicio para dar la posibilidad de reinserción de las personas rehabilitadas o en proceso de rehabilitación.

Factores de riesgo y factores de protección

Gracias a la investigación, en las últimas tres décadas se han producido sensibles avances en el conocimiento de los factores que intervienen en el inicio, la transición y al mantenimiento del uso de drogas o al desarrollo de problemas relacionados. Se han arrojado un conjunto de resultados a través de: Estudios epidemiológicos, estudios sociales, experimentos en neurociencias y diseños experimentales; evaluaciones de los programas y las políticas aplicadas.

Estos estudios han permitido identificar factores cuyo control o modificación contribuye a una disminución significativa de los problemas relacionados con las drogas y, por tanto, a elaborar un modelo de análisis y de intervención centrado en los factores de riesgo y de protección. (Unidad Técnica de Coordinación Regional de Drogodependencias, 2010).

Por todo la importancia de definir a los factores de riesgo y sus características más relevantes.

Entendemos por *factor de riesgo* “un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad de uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento)”. Y, por *factor de protección* “un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce, o atenúa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas” (Clayton, 1992 en Becoña y Cortes 2011).

Otra definición aportada por Arbex Sánchez (2013) en donde *factor de riesgo* es un predictor basado en la evidencia científica de

una relación longitudinal positiva directa con problemas y/o una relación negativa con resultados positivos. Y *factor de protección* es un indicador que muestra evidencia de una relación moderadora sobre el resultado del riesgo de problemas o que media el impacto de un factor de riesgo de un problema o una conducta negativa.

La experiencia en la intervención en prevención con respecto a los factores de riesgo y protección permite hacer un análisis y atender a algunas recomendaciones (Cortés y Mayor, 2002):

- Habitualmente los motivos que tiene un individuo para consumir una droga cambian con el paso del tiempo, de manera que aquellos presentes en el inicio son sustituidos por otros que mantienen el consumo. Por eso se hace necesario identificar factores de inicio de los de mantenimiento, aunque a veces no es tarea fácil.
- En un mismo grupo social en una misma comunidad pero en dos momentos históricos diferentes, parecen factores de riesgo diferentes.
- No es posible identificar factores de riesgo permanentes y definitivos, exceptos aquellos derivados de la naturaleza de la sustancia.
- No tienen carácter determinista
- La eficacia de cualquier intervención estará determinada por una correcta identificación de los factores riesgos que afectan a un grupo concreto y un permanente análisis de la evolución de estos.
- Los factores de riesgo se potencian entre sí, a mayor exposición mayor riesgo; igual ocurre con los de protección.

Los factores de riesgo se clasifican en tres grandes grupos:

- Vinculados a la sustancia.
- Vinculados al individuo: Personales.
- Vinculados al contexto social: Microsociales y Macrosociales.

A continuación se detallan los que con mayor evidencia y frecuencia han ido sosteniendo los programas de prevención:

Factores de riesgo vinculados a la sustancia

La sustancia en sí misma cobra importancia en cuanto a la funcionalidad para el sujeto. Por ello cobra significancia la representación social alrededor que existe alrededor de la misma. Luego son elementos más permanentes sus efectos químicos y su capacidad de generar adicción.

Factores de riesgo y protección vinculados a la persona

Se enumeran algunos de los factores personales que han sido relacionadas con una mayor probabilidad de incidir o no en los consumos problemáticos.

Factores personales	
Factores de riesgo	Factores de protección
Edad	
Elevada búsqueda de sensaciones	Expectativas positivas de sus propias metas
Baja asertividad	Percepción de autoeficacia
Baja autoestima	Autovaloración positiva
Locus de control externo	Locus de control interno
Elevada necesidad de aprobación social	Autonomía
Baja conformidad a las normas sociales	Interiorización de las normas
Escasa tolerancia a la frustración	Habilidades sociales (comunicación, empatía)
Dificultad para el manejo del estrés	Flexibilidad y capacidad de adaptación
Falta de habilidades sociales	Habilidades sociales (comunicación, empatía)
Actitudes favorables hacia el consumo de drogas	Actitudes positivas hacia la salud
Falta de habilidades en la toma de decisiones	Capacidad para tomar decisiones

Adaptado de FAD y PMCD, 2000

Factores de riesgo y protección Microsociales

A nivel social los individuos se desenvuelven en el seno de distintos ámbitos que influyen en su desarrollo y su conducta. Con algunos ámbitos la relación es más estrecha e íntima como: la familia, la escuela, el grupo de iguales y el ámbito laboral.

		Factores Microsociales	
		Factores de riesgo	Factores de protección
Familia		Estilos de crianza contradictorios	Buen establecimientos de normas
		Clima afectivo inestable	Buen vínculo afectivo y emocional (reconocimiento, confianza y aceptación)
		Falta de comunicación	Implicación en las actividades de los hijos
		Tolerancia hacia el consumo	
Escuela		Fracaso escolar	
		Falta de integración escolar	
		Consumo de drogas en el medio escolar	Desarrollo de programas de Promoción de la salud
		Clima escolar y estilo educativo inadecuados	Clima escolar favorable (Norma consistente y vínculos afectivos)
Grupo Iguales		Presión de grupo: real o percibida	Apego a grupos de iguales con actividades y normas positivas
		Consumo de drogas	
Trabajo		Estrés laboral: Jornadas intensas, prolongadas, trabajo repetitivo	Posibilidad de crecimiento y promoción dentro de la organización
		Inestabilidad laboral	Reconocimiento de la tarea
		Clima laboral desfavorable: Conflictos, competitividad excesiva	Clima laboral favorable
		Accesibilidad de drogas en el trabajo	

Adaptado de FAD y PMCD, 2000

Factores de riesgo y protección Macrosociales

Se enumeran algunos de los factores que han sido relacionadas con una mayor probabilidad de incidir o no en los consumos problemáticos.

Factores Macrosociales	
Factores de riesgo	Factores de protección
Disponibilidad y accesibilidad a las drogas	Entornos seguros y libres de episodios de violencia y tráfico de drogas.
Tolerancia social, actitudes favorables hacia el consumo	Implementación de políticas públicas de drogas coherentes e integrales.
Pobreza, falta de oportunidades	Disponibilidad de programas y recursos sociales, sanitarios y educativos de calidad.
Actitudes discriminatorias hacia determinados grupos sociales	Políticas de igualdad y de inserción social
Alternativas de ocio deficientes	Generación de actividades de ocio y tiempo libre alternativas a la cultura del consumo
Ausencia de control social	Limitación de la accesibilidad a las drogas

Adaptado de FAD y PMCD, 2000

Esta descripción es una breve reseña de algunos de los factores de riesgo y protección más relevantes que merecen en un texto posterior para el desarrollo de cada uno de ellos con mayor exhaustividad.

Principios que se deben orientar la prevención

A continuación se resumen del Documento de consenso en Prevención de las drogodependencias de Socidrogalcohol (2012) las recomendaciones que deben regir en la actualidad la actividad preventiva:

1. La prevención basada en la evidencia debe incluirse como un tema prioritario en la agenda política y social.
2. Es necesario disponer de buena información sobre prevalencias, factores de riesgo y/o protección que afectan

- al uso de drogas y las consecuencias del uso.
3. Las políticas sobre drogas requieren un balance entre control y reducción de la oferta, prevención, reducción del daño y tratamiento.
 4. Los programas y las políticas preventivas que se apliquen tendrán que sustentarse en los estándares de efectividad/eficiencia.
 5. La prevención debe plantearse como una estrategia estable y sostenida en el tiempo, alejándose del modelo habitual de acciones puntuales y específicas, dependientes de la coyuntura de cada momento.
 6. El acceso de los jóvenes a la prevención de calidad debe estar garantizado.
 7. Debe darse especial atención a la prevención en contextos recreativos sobre todo nocturnos, puesto que es el lugar donde muchos jóvenes se inician al consumo de alcohol y donde se manifiestan ya muchos problemas.
 8. La prevención tendrá en cuenta las necesidades específicas ligadas a la edad, género, grupos étnicos, vulnerabilidad específica, etc.
 9. Tiene que asegurarse que sólo se financia con dinero público aquellos programas o políticas que se hayan evaluado con resultados positivos.
 10. Deben desarrollarse legislaciones y medidas específicas que reduzcan el acceso y la aceptación social a las distintas drogas legales o ilegales. Ello debe complementarse con los esfuerzos correspondientes para asegurar el cumplimiento de la ley.
 11. Profesionalizar la prevención. Promover las ‘buenas prácticas’ y facilitar el trabajo en red de investigadores, diseñadores de programas, evaluadores, etc.
 12. Programar y financiar la investigación necesaria para que la prevención pueda desarrollarse de acuerdo con las máximas garantías de coste-efectividad.
 13. Asegurar la implicación de la sociedad civil y de las familias en la prevención.

14. Los medios de comunicación, sobre todo los que se dirigen más directamente a los jóvenes deben asumir su responsabilidad en la prevención del uso y abuso de sustancias.

Referencias bibliográficas

- Amengual, M., Borràs, M., Calafat, A., Farrés, C. y Mejías, G. (2002). *Tú Decides*. Zaragoza, España; Eds. Ayuntamiento de Zaragoza Sección Drogodependencias, Programa Municipal de Prevención de las Adicciones.
- Arbex Sánchez, C. (2013). *Guía metodológica para la implementación de una intervención preventiva selectiva e indicada*. España; Eds. Delegación del gobierno para el Plan nacional de Drogas, ADES.
- Becoña Iglesias, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid, España; Eds. Delegación del gobierno para el Plan nacional de Drogas.
- Becoña, Iglesias, E. (2007). *Curso taller "prevención del consumo problemático de drogas" teorías y modelos explicativos en prevención de drogodependencias presidencia*. República oriental del Uruguay; Junta Nacional de drogas.
- Becoña, E.; Calafat, A. (Coord). (2012). *Documento de consenso en prevención de las drogodependencias*. España; Socidrogalcohol. Recuperado en <http://www.prevencionbasadaenlaevidencia.net>
- Becoña, E.; Cortés, M. (Coord). (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. España; Eds. Socidrogalcohol, Delegación del gobierno para el Plan nacional de Drogas.
- Calafat Far, A., Juan Jerez, M., Becoña Iglesias, E. y Fernández Gómez, C. (2007). *Mediadores recreativos y drogas: nueva área para la prevención*. España; Eds. IREFREA, Delegación del gobierno para el Plan nacional de Drogas.
- Caplan, G. (1980). *Principios de Psiquiatría Preventiva*. Buenos Aires; Eds. Paidós.
- Cortés, M. y Mayor, L. (2002). *Psicología de l'addicció*. España; Eds. Los autores, Universitat de València.
- FAD y PMCD, (2000). Prevención del consumo de drogas en el ámbito

- familiar. Manual de Prevención. Madrid; Eds. Autor.
- Gordon, R. (1987). En: Becoña, E.; Cortés, M. Coord. (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. España; Eds. Socidrogalcohol, Delegación del gobierno para el Plan nacional de Drogas.
- Macià Antón, D. (1995). *Las drogas: conocer y educar para prevenir*. Madrid; Eds. Pirámide.
- Martín, E. (1995). *De los objetivos de la prevención a la prevención de los objetivos*. En: Becoña, E.; Rodríguez, A. y Salazar (Coord.). *Drogodependencias 4. Prevención*. Santiago de Compostela; Eds. Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico de la Universidad de Santiago de Compostela.
- Mayor Sánchez, J. (1995). Las drogodependencias como objeto del trabajo social. *Cuadernos de Trabajo Social* 8, 213-239.
- Nowlis, H. (1975). *La verdad sobre la droga*. Paris, Eds. UNESCO.
- Plan Nacional sobre Drogas. (2000). *Estrategia nacional sobre drogas 2000-2008*. Madrid; Eds. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Touzé, G (2010). *Prevención del consumo problemático de drogas. Un enfoque educativo*. Ministerio de Educación. Buenos Aires; Eds. Troquel.
- Unidad Técnica de Coordinación Regional de Drogodependencias. (2010). *Guía de buenas prácticas y calidad en la prevención de drogodependencias en la comunidad autónoma de la región de Murcia*. Murcia; Eds. Dirección General de Atención al Ciudadano, Drogodependencias y Consumo. Consejería de Sanidad y Consumo.

DISPOSITIVOS TERAPÉUTICOS PARA LA ASISTENCIA DE LOS PROBLEMAS RELACIONADOS AL CONSUMO DE DROGAS: LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA COMO MODELO Y ALTERNATIVA PARA EL CAMBIO

Mariano Carrizo

Hablar de drogas es hablar de personas que las consumen, de situaciones y contextos en los que se vinculan estas drogas y estas personas y de múltiples posibilidades para esta triada (sustancia-sujeto-contexto).

Algunas de estas alternativas de relación se encuadran dentro de lo que se denomina “consumos no problemáticos de drogas”: aquel uso experimental o esporádico que remite a menores riesgos y aporta quizá la mayor casuística en cuanto a esta vinculación.

Otras formas de relación posibles entre las personas y las sustancias manifiestan características singulares que pueden ubicarse dentro de los criterios diagnósticos de *abuso y dependencia* del DSM IV (APA, 2000). Tales formas plantean que la relación sujeto-droga (en un contexto determinado) asume una condición mórbida por la cual, eventualmente, la o las personas que establezcan dicha relación podrían demandar o requerir asistencia terapéutica de algún tipo para resolver los problemas vinculados al consumo.

Entonces, de alguna manera, hablar de drogas es también hablar (al tiempo que revisar, reconocer y reconstruir) de aquellas estrategias que se han dado las personas, en el devenir histórico,

para enfrentar y tratar de resolver, con mayor o menor éxito, los consumos problemáticos de drogas.

Si bien en una rápida mirada a los dispositivos actuales podemos ver una heterogeneidad significativa, pueden rastrearse pautas comunes de origen en la gran mayoría de las propuestas terapéuticas vigentes. No obstante debemos reconocer que, más allá de poder encontrar antecedentes ideológicos, teóricos y técnicos comunes, la evolución de los centros de asistencia y tratamiento ha sido bien dispar, en algunas ocasiones con mayor apego a las fuentes y en otras con mayor heterodoxia.

Dichas divergencias en las definiciones del método tienen que ver con cuestiones más generales tales como variables socio políticas, demográficas y epidemiológicas de los lugares en donde se anclan los centros asistenciales, y otras muy particulares como la singularidad de los técnicos y profesionales que componen las instituciones, las características de la demanda específica, etc.

Por tanto, la intención del presente capítulo tiene que ver con poder identificar los antecedentes históricos de las modalidades asistenciales, reconocer sus sesgos particulares y las condiciones que dieron lugar a las mismas, para poder interpretar con mayores elementos los modelos vigentes, sus límites y posibilidades.

Dicho ejercicio nos puede permitir recuperar el sentido de “dinamismo” de los dispositivos de salud en general y de aquellos dedicados al tratamiento de los problemas por drogas en particular, reconociendo la necesidad de una actualización permanente en la mirada profesional, acorde a las características (siempre versátiles) que plantea esta problemática.

La Comunidad Terapéutica. Su aplicación en adicciones.

Por tanto, hablar de dispositivos terapéuticos en adicciones es hablar, irremisiblemente, de la Comunidad Terapéutica (CCTT). Las mismas se han erigido históricamente como la alternativa hegemónica para la asistencia de personas con problemas de consumo de drogas. Si bien dicha hegemonía en la actualidad es replanteada y el modelo ha sufrido múltiples consideraciones y cambios, las

prácticas y representaciones que emanan de ella aún impregnan, de manera insoslayable, la lógica de acción de los dispositivos actuales (que en algunos casos se mantienen muy fieles a tales orígenes, casi en un movimiento de resistencia, ante opciones de vanguardia).

Entre otros, De León (2004) se constituye como uno de los referentes más importantes en la investigación y sistematización sobre este dispositivo asistencial y su evolución en el tiempo. El autor plantea que la CCTT ha demostrado ser un eficaz instrumento para el tratamiento del abuso y dependencia de sustancias y los problemas relacionados en la vida del paciente.

En este sentido el autor considera a la CCTT como una entidad particular que adopta fronteras visibles delimitando su campo de acción: “La Comunidad Terapéutica es fundamentalmente una estrategia de autoayuda, desarrollada en un principio en un marco independiente de la psiquiatría, la psicología, y la medicina convencionales”. (De León, 2004).

En forma complementaria, Pozo y Gómez (1999) plantean que, a diferencia de otras modalidades de tratamiento, la CCTT constituye un “medio terapéutico”, cuyo régimen diario consiste en actividades estructuradas y no estructuradas e interacciones sociales que se desarrollan en situaciones y entornos formales e informales, y que se constituyen entre todas las intervenciones terapéuticas durante el proceso.

Para la NIDA (National Institute on Drug Abuse) (2003) las CCTT son ambientes residenciales libres de droga que usan un modelo jerárquico con etapas de tratamiento que reflejan niveles cada vez mayores de responsabilidad personal y social. Se utiliza la influencia entre compañeros, mediada a través de una variedad de procesos de grupo, para ayudar a cada persona a aprender y asimilar las normas sociales y desarrollar habilidades sociales más eficaces. Las CCTT difieren de otros enfoques de tratamiento principalmente en su uso de la comunidad, compuesta por el personal de tratamiento y aquellos en recuperación, como agentes claves del cambio. Este enfoque a menudo se conoce como “la comunidad como método”. Los miembros de la CCTT interactúan en maneras estructuradas y no estructuradas para influenciar las actitudes, percepciones y comportamientos asociados con el uso de drogas...

En su manejo habitual, la noción de Comunidad Terapéutica contiene, al menos, un doble sentido, de una parte se refiere a un concepto técnico y científico y de otra parte es un término mediático con una fuerte carga emocional y simbólica. (Comas, 2010). Para el autor, se puede atribuir este desajuste a la absoluta falta de formación académica que sobre Comunidades Terapéuticas reciben los estudiantes, a pesar de que existe suficiente literatura científica y técnica en torno a las mismas. Comas plantea que esta situación se correlaciona con una visión altamente estereotipada y fantasiosa de las CT que circula mediáticamente.

En torno a una primera distinción es necesario reconocer que el modelo actual en CCTT deviene de dos corrientes, muy particulares, la primera orientada hacia la asistencia de diversos problemas de salud mental en general, la segunda planteada específicamente para el tratamiento de adictos. Por tanto y según Comas (2006) “Ambos tipos de CCTT reproducen identidades diferentes, estructuras corporativas propias y se inscriben sobre tradiciones ideológicas alternativas.”

El Modelo Jones

El esquema terapéutico así denominado surge a partir de la necesidad de revisar los parámetros asistenciales en salud mental vigentes en la época, y específicamente aquellos ofrecidos desde los servicios psiquiátricos asilares. El psiquiatra escocés Maxwell Jones fue un cultor de esta lógica revisionista en psiquiatría. Su propuesta metodológica reconoce dos antecedentes/experiencias fundamentales: el tratamiento de ex prisioneros de guerra con trastornos de stress post traumático en el centro de Mill Hill de Londres en el año 1944 durante la segunda guerra mundial, y su continuidad a lo largo de 12 años en el Hospital Henderson, en la unidad de rehabilitación social. Desde este nosocomio, a partir del año 1947, Jones comenzó a desarrollar los principios de “establecimientos abiertos con terapias de grupo”. A partir de esta última experiencia Jones comienza a desarrollar el concepto de “*Comunidad Terapéutica*”.

Más adelante, y a partir de otras prácticas en EEUU y en Escocia, Jones desarrolla aspectos más conceptuales en torno a la asistencia en comunidades terapéuticas recuperando los fundamentos de la *Psiquiatría Social*.

De esta manera, la idea de Jones surge a partir de una mirada crítica y de una reacción ante a las condiciones de los servicios en salud mental de esa época: las condiciones de hacinamiento, las altas tasas de cronicidad o la negación de ciertos derechos humanos básicos a partir los abusos de poder propios de la jerarquización absoluta y cristalizada en los dispositivos y la asimetría de las relaciones, etc. Para Jones la alternativa ante tal situación tenía que ver con un “intento de establecer un sistema democrático en los hospitales, donde la dominación de los médicos se reemplazara por una comunicación abierta de contenido y sentimientos, compartiendo los pacientes y el personal la información, la toma de decisiones y la solución de los problemas” (Jones, 1979).

La Comunidad “Democrática”

Es en este contexto en donde comenzaba a gestarse el discurso de la Antisiquiatría¹, (término acuñado por Cooper en 1967), los efectos de la guerra y pos guerra marcaban las condiciones de los centros de salud mental (hospitales psiquiátricos sobre poblados, con notables carencias de recursos materiales y humanos). Es a partir de este estado de situación donde Jones propone un cambio sustancial hacia el *adentro* de dichas instituciones.

Dicho cambio incorpora la idea de lo “democrático” como instancia de encuentro y socialización entre los profesionales a cargo de los servicios y los usuarios de los mismos. Un encuentro que permitía redefinir los términos de la relación “médico-paciente” imperante, deconstruyendo así las jerarquías establecidas hegemónicamente. “Significaba que los roles respectivos de profesionales y usuarios no eran asimétricos, aunque sí eran distintos, complementarios y muy explícitos” (Comas, 2008). “Fue un intento

¹ Denominación que abarca numerosas tendencias y propuestas teóricas y metodológicas no necesariamente homogéneas.

de establecer un sistema democrático en los hospitales, donde la dominación de los médicos se reemplazara por una comunicación abierta de contenido y sentimientos, compartiendo los pacientes y el personal la información, la toma de decisiones y la solución de los problemas” (Jones, 1979).

De tal forma se planteaba un sistema igualitario, en donde todos/as asumían los mismos deberes y derechos como miembros iguales dentro de este “dispositivo-sociedad”. Dicho modelo se caracterizaba por una serie de principios que regulaban el marco interno de la comunidad:

- La toma de decisiones se llevaba a cabo en instancias de *asamblea* en donde, tanto los profesionales como los internos participaban igualitariamente.
- Se pone en práctica y revaloriza el concepto de *equipo terapéutico*. A partir de lo cual los profesionales organizan sus tareas como un *grupo de trabajo*, asumiendo una nueva dinámica de funcionamiento: las *reuniones de equipo*.
- La *preeminencia de lo grupal* como dispositivo. El dispositivo grupal era entendido tal como lo planteaba Bion cuando hacía referencia al uso del grupo *per se*, las dinámicas de grupo en el aquí y ahora, en donde éste se configuraba como un instrumento con dos finalidades: la terapia y el aprendizaje.
- En torno a este último eje se organizan *prácticas socio educativas* (socio-terapia) con la finalidad de que los usuarios adquieran, entrenen y puedan instrumentar nuevas herramientas y recursos (destrezas sociales): la Socio-terapia se basaba en el principio de que las personas pudieran asumir progresivamente mayores responsabilidades en torno a su vida y las decisiones que definían el curso de la misma.
- En las dinámicas grupales, “la confrontación” aparecía como el mecanismo clave que permitía allanar los conflictos inter individuales y avanzar en el proceso terapéutico.
- El principio fundamental que regía el marco de las intervenciones tenía que ver con que “*toda intervención, en este*

campo era eminentemente terapéutica” y el fin principal de tales intervenciones tenía que ver con favorecer procesos de *maduración* en las personas.

Si bien en su origen la mayoría de los aportes teóricos provenían del psicoanálisis, la tendencia marcada por Jones tenía que ver con incluir e integrar todas las visiones y orientaciones terapéuticas vigentes, como los modelos conductuales y la teoría de los sistemas.

A la distancia, una de las críticas al modelo de Jones plantea que más allá de su intencionalidad de sostener un modelo igualitario al interior de estos centros, los roles mantenían cierta asimetría, en tanto los enfermos recuperados no podían participar con el mismo protagonismo que los profesionales. Es por esta preeminencia última del rol profesional y por las condiciones que planteaba para constituirse como un modelo de investigación aplicada que la propuesta de Jones termina asumiendo la rúbrica de “CCTT Científica”

El reconocimiento fundamental a la obra de Jones tiene que ver con su aporte en el proceso de mejorar las condiciones de asistencia de las personas con trastornos mentales en general, asignándole al usuario de los servicios protagonismo y voz en su propio proceso terapéutico. Constituyéndose por tanto, dicho proceso, como medio y fin para el logro de la maduración individual de las personas.

El modelo de Jones encontró, posteriormente, anclaje en los dispositivos asistenciales para pacientes psicóticos, siendo éste su ámbito fundamental de desarrollo.

El Modelo Daytop

Este modelo sienta sus precedentes, de manera singular, en *los grupos de auto ayuda* que alcanzaron protagonismo, en la década del 50 en los EEUU. Dos causas pueden remitirse en torno a dicho fenómeno: Por un lado el rechazo y descreimiento del aporte profesional e institucional en el campo del tratamiento de las adicciones (debido a un reconocimiento de los magros resultados de los dispositivos tradicionales de la época). Por otro, el movimiento

impulsado desde ese país (y gran parte de Europa) hacia el desinternamiento de grandes masas de personas asiladas en instituciones de salud mental como una reacción crítica hacia las condiciones imperantes en las mismas. Reacción que causó que miles de personas (y sus familias) hasta el momento integradas en dichos sistemas, quedaran sin ningún tipo de asistencia y contención.

Synanom

En este contexto es que en el año 1958 Charles Dederich un ejecutivo de renombre, nacido en Ohio, ex alcohólico y miembro de Alcohólicos Anónimos², funda en su propia residencia, el centro “Synanom”. Él, junto a otros miembros de AA comienzan a captar a personas con problemas de consumo de alcohol y otras drogas, fundamentalmente heroinómanos. La propuesta de Dederich asumía condiciones muy particulares para la época ofreciendo un espacio de contención cerrado, en donde los adictos permanecían todo el tiempo en la residencia asumiendo que el resto de la sociedad no estaba preparada para aceptarlos ni darles inclusión o tratamiento (ni que ellos podrían permanecer en ésta sin recaer en sus conductas adictivas). La idea fuerte de un “afuera” y un “adentro” marca un hito que será definitivo en su devenir... y en su ocaso. La frase de época denota claramente la visión imperante: “Once an addict, always an addict...”³

Según Comas (2006), Synanom se constituye como “... una Comunidad Residencial para adictos a drogas que no ofrecía financiación pública, ni trabajo terapéutico reglado, ni la participación de ningún profesional”... “que actuaba formando una “familia sustituta” ubicada en un lugar físico en donde los adictos desarrollaban su proyecto de vida al margen de la sociedad...”. Sus rasgos principales fueron una firme posición de *abstinencia*, un fuerte culto del *dominio de sí* y la *autodeterminación*.

Uno de los aportes que pueden rastrearse hasta la fecha (con

² Alcohólicos Anónimos fue fundado en los Estados Unidos el 10 de Junio de 1935 por el Dr. Robert Holbrook Smith y Robert Griffith Wilson.

³ “Una vez adicto, siempre un adicto”.

bastante vigencia) tiene que ver con los “*Juegos de Synanom*” que se configuraban como el centro de la metodología terapéutica. De dicha estrategia se han desprendido metodologías tales como “*el grupo de encuentro*” o el “*grupo de convivencia*” en donde la dinámica estaba regida por el “*confronto*”⁴ entre los pacientes.

Para Comas (2006) estos juegos asumían una *doble función*: “...regular la vida cotidiana y facilitar la expresión de los sentimientos y emociones de las personas que conformaban el grupo, facilitando reflexiones sobre el pasado para una reconstrucción del proyecto de vida...”.

Tales métodos expresan con bastante claridad la articulación que se dio desde este modelo entre los grupos terapéuticos (muchos de los integrantes de Synanom habían pasado por CCTT psiquiátricas) y los grupos de autoayuda propios de AA. Con el tiempo Synanom y otras alternativas terapéuticas similares fueron nombradas como “Comunidades Libres de Drogas”.

Los lineamientos internos de la experiencia Synanom fueron creciendo en rigidez y verticalismo en la misma medida en que crecía la cantidad de adeptos/internos. Esto sumado a las características de personalidad particulares de su fundador, llevaron a que la iniciativa terapéutica se transformara en un culto, y luego en secta, de la que Dederich se autoproclamara su dudoso líder. El mismo que antes de morir en 1997, a los 83 años, debió enfrentar una condena por cargos de terrorismo, asalto a personas, intentos de soborno, malos tratos y violación de numerosas leyes (The New York Times, 1997).

Daytop Village

El Dr. Alexander Bassin y Daniel Casriel, médico psiquiatra, recuperan los lineamientos fundamentales de Synanom y fundan en 1963, junto al padre William O Brien de la iglesia católica de

⁴ “El confronto es la herramienta básica de cualquier comunidad terapéutica para drogodependientes, fue propuesto por ellos, así como las reglas de no violencia y no droga”. De “*¿Tratable o intratable? La comunidad terapéutica para drogodependientes, una alternativa*”. Claudio Danza. Rev Psiquitr Urug 2009;73(1):99-108

los EEUU la Comunidad *Daytop Lodge* (posteriormente *Daytop Village*) en Butler Manor, Staten Island. Este primer centro de rehabilitación fue diseñado para la asistencia de 22 convictos varones del sistema correccional de Brooklyn.

Con el tiempo, y a partir de esta experiencia de características similares a Synanom, se fue gestando un modelo mixto con intervención profesional. Los planteos terapéuticos de Carriel y sus colaboradores eran de corte bien directivo, en donde eran comunes estilos de confrontación directa (médico-paciente o paciente-paciente). Dice Vikrant Sentis (2004) al respecto: "...El trabajo en Daytop era directo y pragmático como en Synanom, alentando actitudes auto-responsables entre los adictos. El Dr. William Glasser miembro del equipo de Daytop promovía el concepto de *Reality Therapy*, mientras que Casriel desarrollaba su propia *Scream Therapy*, conocida formalmente como *New Identity Process*. Este proceso tenía ciertas características concretas: el uso de gritos como una forma de descarga emocional y *bonding*⁵, lo cual requería contacto físico y cercano entre dos personas en un proceso terapéutico..."

Como la iniciativa comienza en relación a la asistencia de personas provenientes de contextos carcelarios (principalmente adictos a opiáceos), el modelo de prisión aparece como forma de organización interna que estructura y regula la cotidianidad. En este ámbito queda así definido un orden de jerarquías muy estricto y bien delineado y un encuadre basado en base a premios y castigos.

Entre los aportes del modelo y su vigencia en la actualidad podemos reconocer:

- El hecho de definir el tratamiento por etapas, donde la primera etapa (entrevistas de ingreso) era fundamental

⁵ Bonding Psychotherapy (Terapia del Vínculo): Es una psicoterapia de grupo, un método desarrollado por Daniel Casriel, médico psiquiatra norteamericano, fundador de la primera comunidad terapéutica en Nueva York, Daytop Village. El objetivo es superar el miedo a la proximidad física y emocional, y a la separación, también mejorar la autoestima del participante. Dr. Martien Kooijman "Grupos de bonding psychotherapy en la comunidad terapéutica". Resúmenes de talleres de las XXIV Conferencia Mundial de Comunidades Terapéuticas. Lima, Perú, del 6 al 10 de febrero del 2009.

- para el proceso terapéutico subsiguiente.
- La articulación entre profesionales y adictos recuperados en la composición de los equipos terapéuticos.
 - El uso del “confronto” como herramienta terapéutica.
 - La regulación jerarquizada en los roles y pautas de convivencia interna en la CCTT: “...Los pilares de funcionamiento cotidiano en la comunidad fueron la obediencia a los superiores, el trabajar con empeño, el deber de no hacer nada sin permiso explícito, la importancia de la solidaridad, el no mantener secretos y la absoluta honestidad” (De Dominicis, 1997).

Las críticas centrales que se le han hecho al “Modelo Daytop” pueden resumirse desde la visión de Comas (2006): “...Se trata de otra cuestión que podemos explicitar como la “unilinealidad de los objetivos organizados en torno a la opción de la “perspectiva de la recuperación de la vida correcta”, lo que implica un maximalismo redentor muy poco acorde con las actuales políticas de drogas y en particular con las de reducción del daño y el riesgo dominantes en Europa. Se trata, además de “*café para todos*”, es decir, a no tener en cuenta las características diferenciales de cada adicto, lo cual también se contrapone a la noción de “indicación terapéutica” de la que, y no sólo en Europa, ya nadie duda...”.

En la actualidad Daytop Village sigue vigente y funcionando en los EEUU con la misión de proporcionar tratamiento a personas con problemáticas de consumo de drogas.

Haciendo un esfuerzo de síntesis y bajo riesgo de simplificar en demasía los antecedentes y recorridos de los modelos desarrollados anteriormente es que propongo la siguiente tabla de comparación.

Los modelos históricos de Comunidades Terapéuticas

Modelo Daytop		Modelo Jones
Origen	EE.UU 1958	Reino Unido 1947
Composición	No profesional- Luego Mixta	Profesional
Orientación	Modificación de la Conducta Movimiento de Autoayuda	Psiquiatría Comunitaria- Aprendizaje Social
Estructura	Verticalista- Muy Jerarquizada	Horizontal-Democrática
Ámbito de Intervención	Consumo de Drogas	Distintos Trastornos Mentales-Incluye el consumo de drogas
Duración del tratamiento	Estancias prolongadas	Tendencia a reducir el tiempo de internación
Eje terapéutico	Basado en la abstinencia (Modelo libre de drogas)	Basado en el logro de la madurez y la responsabilidad
Trabajo con la familia	No desarrolla alternativas para el abordaje familiar	Intenta incluirla en tratamiento

El desarrollo del modelo de CCTT en Europa: El “Progetto Uomo”

Don Mario Picchi, un carismático sacerdote de la iglesia católica romana, comienza a organizar en el año 1968, en la capital italiana, un centro de acogida para desamparados, brindándoles servicios básicos de contención. Sensibilizado por la situación de migrantes y transeúntes en condición de indigencia a partir de su experiencia como capellán de la estación de trenes de Roma y en función de que muchos de ellos presentaban problemas de consumo de drogas, Picchi comienza a tomar contacto y referencia de los modelos asistenciales americanos (Daytop). En el año 1971 asume

la conducción y liderazgo de la Organización Civil “*Centro Italiano de Solidaridad*” (CeIS), la cual, recuperando el modelo de autoayuda, sin base profesional, comienza a prestar servicios de asistencia.

Durante el período comprendido entre los años 1970-1980 se percibe fuertemente en Italia la influencia del psiquiatra Franco Basaglia, quien al frente del movimiento de antisiquiatría o de la *psiquiatría democrática*, bregaba por un modelo asistencial en salud mental por fuera del sistema asilar hegemónico del “manicomio”. En este contexto en donde imperaban las corrientes y modelos de la psiquiatría comunitaria y de las políticas desinstitucionalizadoras, comienza a tomar forma el “modelo italiano”. El mismo se corporiza en 1979 cuando desde el CeIS, Mario Picchi Y *Juan Pares Plans* (el coreógrafo más conocido como Juan Corelli) fundan “Progetto Uomo”.

Características fundamentales del “Proyecto Uomo”

- Comienza con un esquema de autoayuda no profesionalizado, similar a Daytop.
- Trabajan en dispositivos grupales.
- Desarrollo de un programa “Educativo – Terapéutico Integral”.
- Conserva régimen de premio y castigo para el ordenamiento interno.
- Régimen de aislamiento social para lograr la abstinencia.
- Diferencian etapas de tratamiento: Admisión (*Cogliere*), Ingreso Y Reinserción.
- Incorpora a la familia en el proceso asistencial.
- Desarrolla iniciativas de investigación y formación.

En un período posterior de desarrollo institucional (década del 80) el Proyecto Uomo avanza en la definición de un modelo propio, estableciendo desde aquí parámetros asistenciales que lo diferencian claramente de sus orígenes de la Escuela Americana y la Comunidad Daytop en particular. El reconocimiento de la

importancia del abordaje familiar, la definición de objetivos terapéuticos más individualizados y la conformación de equipos mixtos integrados por profesionales, ex-adictos y también voluntarios son algunos de los ejes más significativos de dicho cambio (en torno a los cuales no puede negarse cierta influencia del modelo de CCTT Democrática de Jones). Proyecto Uomo y el CeIS de Roma (dirigido hasta nuestros días por su fundador Mario Picchi) continúan con su labor fundacional en el campo de la asistencia y prevención del consumo de drogas.

Bajo la influencia directa de Progetto UOMO surgen múltiples propuestas terapéuticas similares en Italia y la propuesta es asimilada en otros países como España, en donde se desarrollan dispositivos directamente vinculados y afines a Uomo y otras con modalidades alternativas. Entre las primeras, “Proyecto Hombre” se instaura en España en 1989, estando integrada actualmente por 26 Centros, en un total de 15 comunidades autónomas de toda España, que atienden cada año a más de 12.000 drogodependientes.

Las CCTT en Argentina, desde sus orígenes a la actualidad

En relación a las primeras experiencias terapéuticas vinculadas al consumo de drogas en Argentina debemos distinguir entre aquéllas desarrolladas desde el ámbito gubernamental y las que surgieron en el ámbito privado de las organizaciones sociales y de salud (ONGs).

En torno a las propuestas estatales, la primera entidad dedicada en nuestro país al problema del consumo de drogas fue el Fondo de Ayuda Toxicológica (F.A.T.), fundada en 1966 por el Profesor Emérito Dr. Alberto Italo Calabrese. Dicho centro funcionó hasta el año 1980 en la Cátedra de Toxicología de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Buenos Aires. El Dr. Calabrese, un eximio profesional reconocido mundialmente, fue un verdadero “adelantado”, tanto en sus postulados acerca del fenómeno del consumo de drogas como así también en torno a la investigación científica sobre el ADN, hace más de 50 años. Su hijo, el Licenciado Alberto E. S. Calabrese (hoy miembro del

Comité Asesor sobre Drogas del Ministerio de Justicia), ocupó la dirección de dicha institución por varios años hasta que asumió en la función pública. En la actualidad la FAT sigue prestando servicios de asistencia, prevención, asesoramiento y docencia en torno a las adicciones

Más tarde, en el año 1973 se crea por la Ley N° 20.332. el Centro Nacional de Reeducación Social (CE.NA.RE.SO) que brinda asistencia hasta nuestros días, teniendo como finalidad el tratamiento médico, psicológico y social de personas comprometidas con el uso de drogas y sus grupos familiares.

Ambas instituciones preveían un sistema de asistencia ambulatorio, en un primer momento definiendo el dispositivo de asistencia en torno a la articulación entre la toxicología y la psiquiatría. A través del tiempo fueron incluyendo aportes del psicoanálisis y la psiquiatría social.

En este período, durante la década del 70, aparecen también en Argentina las primeras Comunidades Terapéuticas para usuarios de drogas, generadas a partir de iniciativas privadas: Un joven carismático, con antecedentes de consumo de drogas y devenido en pastor, funda en Villa Adelina, en el año 1973, el “Programa Andrés”. En el año 1982, el mismo Carlos Novelli abre la primera Comunidad Terapéutica de la Argentina, en Diego Gaynor, km 91 de Pilar. En sus comienzos la propuesta estaba básicamente centrada en el esquema de auto ayuda y el desarrollo espiritual. Luego de viajar a EEUU y establecer contactos con Daytop y más adelante con “Progetto UOMO”, Novelli adopta la influencia de ambos modelos en su centro y comienza a desarrollar el esquema de comunidad terapéutica precursora en nuestro país.

A fines de los 70 surge otra comunidad terapéutica importante: “Viaje de Vuelta”, fundada por Juan Carlos Rossi y Jorge Castro luego de que los mismos realizaran una experiencia de formación en el Proyecto Uomo en Italia.

Hasta el momento, las CCTT en el país combinaban aportes de los modelos americanos y la alternativa italiana desarrollada por UOMO. No obstante, en esta primera etapa existía una clara predilección por el modelo “Daytop” lo cual se expresaba, por

ejemplo, en la presencia casi exclusiva de no profesionales a cargo de los centros de asistencia. Posteriormente, y durante los años ochenta se dan circunstancias particulares que inclinan la balanza definitivamente en nuestro país hacia el modelo italiano:

A partir de la firma de un convenio entre el gobierno argentino y la ONU (UNDAF), el CEIS de Roma comienza a recibir personas (profesionales, voluntarios y ex adictos) para ser capacitadas como recursos de salud en el tratamiento de adicciones. En una primera etapa, cerca de veinte argentinos viajan a Italia a recibir formación específica. Luego, a lo largo de los años muchos otros/as compartirán dicha experiencia de capacitación. Como correlato de estas iniciativas se conforma en Argentina la primera Escuela de Formación en el campo de las tóxico-dependencias, en el año 1987. Desde dicha sede se formaron más de 200 operadores socio terapéuticos que se insertaron posteriormente en Argentina y otros países americanos.

En relación a la doctrina de *Maxwell Jones* podemos ver que su impronta puede rastrearse con mayor claridad en los servicios de *salud mental públicos* que a fines de los 50, década del 60 y principios de los 70 complementaron sus aportes con la psiquiatría social (y la visión determinante de Pichon Riviere). Podemos citar como experiencias válidas en este campo, entre otras, al *Servicio de Psicopatología del Policlínico de Lanús*, asumido en su conducción por Mauricio Godenberg⁶ en 1956, el caso de la *Colonia de Federal* en Entre Ríos a cargo del Dr. Raúl Camino⁷ el *Centro Piloto del Hospital Esteves* en Lomas de Zamora con el Dr. W. Grimson⁸

⁶ El doctor Mauricio Goldenberg, fue una figura sobresaliente en la psiquiatría argentina. Lleva su nombre al servicio de psiquiatría del Policlínico de Lanús, al que había accedido como director por concurso en los años 50. Allí desarrolló propuestas dinámicas y creativas, alentó el trabajo en equipo, formó a una pléyade de profesionales y benefició a los pacientes con avances conceptuales como las terapias grupales, el psicodrama, el uso de la farmacología o la inserción en la comunidad.

⁷ El Dr. Raul Caminos creó y dirigió durante diez años (desde 1966 hasta 1976) la Comunidad Terapéutica de Federal, provincia de Entre Ríos. Actualmente el centro terapéutico lleva su nombre.

⁸ Wilbur Ricardo Grimson fundó el Centro Piloto del Hospital Estévez. En 1972 creó la Comunidad Terapéutica de Vicente López con Juan Carlos Kuznetsoff,

o la “Peña Carlos Gardel” *espacio alternativo* dentro del Borda, iniciado entre otros por Alfredo Moffat (uno de los líderes de la “antisiquiatria criolla”).

En Córdoba

En la Provincia de Córdoba, y en el ámbito público, la referencia primaria tiene que ver con el Instituto Municipal de Alcoholismo (IMA), que fue concebido con la intención de convertirse en un centro de investigación y referencia local y nacional. Fue fundado en el año 1961 por el Dr. Miguel Belascuain, aquél que acuñara la célebre frase “No es alcohólico quien quiere, sino quien puede”. Dicho centro dependiente de la entonces Secretaría de Salud Municipal de la Ciudad de Córdoba funcionó en sus orígenes en predios de la ex Plaza General Paz y atendía exclusivamente a personas con problemas de consumo de alcohol. En el año 1972 amplía su marco de recepción de demandas y comienza a trabajar con problemáticas vinculadas a otras drogas por lo cual cambia su nominación por la de IMAD (Instituto Municipal de Alcoholismo y Drogadicción).

Posteriormente, en el año 1981 (siendo Córdoba regida por un interventor de facto federal), el mismo Belascuain, quien ocupaba la Dirección de Salud Mental de la Provincia de Córdoba, lleva a la órbita provincial a dicho centro. El Instituto es declarado por Decreto Nacional como “Centro Nacional de Referencia sobre Alcoholismo” pasando a depender del Ministerio de Bienestar Social de la Provincia de Córdoba. Es a partir de allí cuando asume su denominación actual (Instituto Provincial de Alcoholismo y Drogadicción). En el mismo año (1981) se inaugura su sede actual en Avenida Arenales 191 del Barrio Junior de la Ciudad de Córdoba. Como dato significativo podemos destacar que el Instituto asistió (hasta el año 2000) solamente a varones, en tanto se consideraba

Dito Rubinstein y Oscar Correal. Desde 1983 fue designado Coordinador de Prevención de la Comisión Nacional de Drogas, y Asesor Presidencial. En 1987 creó FONGA con Carlos Novelli, Enrique de Vedia y Ezequiel Holmberg.

⁹ La Comunidad Popular Peña Carlos Gardel empezó a funcionar el 11 de diciembre de 1971 en el fondo del Hospital Nacional Borda.

al consumo de alcohol y otras drogas como un problema casi exclusivo de las personas de dicho sexo. En la actualidad el IPAD desarrolla programas asistenciales para pacientes de ambos sexos, a partir de los 21 años de edad, que padecen trastornos por consumo de sustancias (drogas y alcohol). Tales servicios se prestan desde la atención clínica ambulatoria y el control clínico en un internado con capacidad para 58 personas.

La otra referencia ineludible en el campo de la prevención y asistencia de los problemas relacionados al consumo de drogas en la provincia de Córdoba tiene que ver con el trabajo de la *“Casa del Joven”*. En el año 1984 y a partir de un Programa de Atención en Salud Mental para Jóvenes de la Dirección de Salud Mental de la Provincia y mediante una articulación con la Secretaría de la Juventud se crea el CAIJ (Centro de Atención Integral al Joven). En sus comienzos los objetivos de trabajo tuvieron que ver con el desarrollo de prácticas vinculadas a la asistencia y prevención de distintas problemáticas juveniles haciendo eje sobre las adicciones. Durante dicho periodo el trabajo se desarrollaba en el predio del IPAD.

Posteriormente, en el año 1986, cambia su denominación por la de PAJ (Programa de Atención al Joven). En esa época el trabajo se alternaba entre los predios del Hospital Neuropsiquiátrico Provincial y el IPAD, habiendo definido el marco de asistencia para jóvenes varones y mujeres entre 14 y 24 años con diferentes problemáticas. En relación al abordaje de los problemas vinculados al consumo de drogas se comienzan a desarrollar nuevas alternativas asistenciales, en donde podía verse la intención de actualizar los dispositivos optando por configuraciones grupales por sobre el abordaje individualizado. Puede citarse por ejemplo la creación del servicio de hospital de día. Tales cambios y nuevos esquemas terapéuticos estuvieron inspirados en las estrategias implementadas en Roma por Proyecto UOMO en Italia (en donde se capacitaron profesionales del PAJ).

En el año 1990, y en función de la experiencia acumulada en el abordaje ambulatorio con jóvenes, se crea el “Programa el Puente” para jóvenes consumidores de sustancias. A fines del año 1993 y comienzos del 1994 se concreta el traslado y la inauguración

de la actual sede en la calle León Morra esquina A. Vespucio del barrio Junior; en tal ocasión la institución asume formalmente el nombre de Casa del Joven.

En la actualidad, la función primordial de Casa del Joven es la de planificar, ejecutar y evaluar acciones de prevención, asistencia y rehabilitación para la población entre 14 y 24 años de edad en el área de Salud Mental, contando con programas específicos para adicciones y trastornos de la conducta alimentaria.

Es de suma importancia reconocer también el recorrido histórico realizado en relación a la asistencia de las problemáticas vinculadas al consumo de drogas desde los centros asistenciales monovalentes del interior provincial, el Hospital “Dr. Emilio Vidal Abal” de Oliva en donde funciona el S.A.D., y el Hospital Colonia Santa María de Punilla, que actualmente cuenta con un servicio de Centro de Día de Alcoholismo y Drogadicción.

En relación a las iniciativas del *sector privado*, las primeras instituciones que comenzaron a trabajar en nuestra provincia lo hicieron con esquemas que buscaron amalgamar las “escuelas” americanas (Daytop) y el modelo italiano (UOMO), con un menor registro de los aportes de Maxwell Jones y su propuesta de las CCTT democráticas. Desde un principio estos centros estuvieron conformados por profesionales de la salud y operadores socio-terapéuticos, muchos de estos capacitados por el CEIS o en la Escuela de Formación en Tóxico-dependencias.

A fines de los ochenta y principios de los noventa se originan en Córdoba las primeras experiencias asistenciales en el campo privado: en 1989 se funda el “Programa Cambio”, luego “Viaje de Vuelta” y más tarde “Programa del Sol” y “Programa Andrés” quienes conforman el mapa inicial de las CCTT en esta provincia. En la actualidad son más de 10 instituciones las que prestan servicios asistenciales en Córdoba Capital, Río Cuarto, Villa María, Alta Gracia, y otras localidades del interior provincial, con esquemas terapéuticos que varían entre los dispositivos tradicionales de las CCTT y otros, más apartados del modelo original, con esquemas de predominio ambulatorio.

Durante la última década, en todo el país y particularmente en Córdoba se han ido gestando y estableciendo modificaciones significativas en el campo asistencial referido al consumo de drogas, tensión dada, básicamente, en el ámbito privado (ONGs). Dichos cambios obedecen a un movimiento heterogéneo no acordado ni planificado (en tramas inter-institucionales) sino más bien como efecto de un movimiento de recambio generacional, ideológico, político y técnico al interior de las organizaciones. Las palabras de De León (2004) permiten comprender este fenómeno: “...ninguna Comunidad Terapéutica se parece a otra. Sus culturas evolucionan de manera única, como si se tratara de comunidades separadas, autocontenidas. Además de las diferencias más obvias debidas a los diferentes tipos de personas que acuden a ellas, a la experiencia del personal, la edad del programa, tamaños, y recursos, las diferencias en las creencias y el estilo de liderazgo podrían también evolucionar...”.

En este sentido, y desde hace no más de 15 años, algunas de las instituciones emblemáticas de nuestra ciudad, que se iniciaron con el marco filosófico y técnico de las CCTT explicitado anteriormente, han comenzado a modificar sus parámetros de trabajo, dando lugar a experiencias nuevas y transformadoras en este campo. Si bien la parte final de este capítulo pretende reflejar este “acontecimiento” a nivel local debemos reconocer que existen antecedentes similares (de cambio y transformación) en otros países y particularmente en España, en donde se ha podido mesurar e investigar con mayor precisión metodológica los sustratos y posibilidades de tal proceso.

El presente análisis, debe limitarse a ciertas representaciones sobre este campo de la salud que he podido forjar desde mi experiencia en el *Centro de Tratamiento y Prevención para el Consumo de Drogas “Programa del Sol”* y en torno a las posibilidades de vincularme y compartir con referentes y técnicos de otras instituciones. Dichas limitaciones tienen que ver con la imposibilidad de contar con un marco de referencia y análisis más amplio y consolidado que permita comparar con mayores elementos los recorridos de los distintos establecimientos (no existe en la actualidad un organismo que centralice, regule y ordene los servicios asistenciales y preventivos, públicos y privados, sobre consumos de drogas en Córdoba y

el resto del país). Por último, recuperar lo antedicho: tales cambios y redefiniciones en los modelos de asistencia no son compartidos por todas las instituciones y muchas de ellas, en un movimiento casi de “resistencia”, mantienen parámetros muy similares a los que dieron origen al modelo de CCTT en Argentina.

Los ejes del cambio

La conformación de los equipos técnicos

Es una realidad muy notable el hecho de que se ha acentuado, en los últimos años, la tendencia a profesionalizar los servicios y darle un marco transdisciplinario a los mismos. Si bien esta propensión se inicia a comienzos de los noventa, en esa época los dispositivos asistenciales generalmente estaban conformados de manera equilibrada por profesionales, y ex adictos o voluntarios formados (operadores socio terapéuticos). Sin desconocer el valor y aporte de estos últimos en la conformación los equipos técnicos, en la actualidad podemos notar una polarización hacia la conformación de equipos altamente profesionalizados, con menor presencia (o en algunos casos nula) de operadores.

En otro orden debemos reconocer en función de nuestra propia experiencia y en total consonancia con Comas (2006), que los equipos tienden a ser más flexibles y menos rígidos, menos directivos y menos enfocados en el control. Una actitud de mayor apertura al diálogo y menor propensión al prejuicio (para con el usuario del servicio) favorece que se dé una mayor responsabilización de los usuarios en relación a su proceso terapéutico.

Las modalidades asistenciales y el resguardo del derecho de las personas asistidas

Puede observarse en la actualidad que en gran medida las opciones terapéuticas para personas con problemas de consumo están definidas a partir de la *asistencia ambulatoria*. La internación (y en mayor medida la internación prolongada) comienza a perder

el registro de “alternativa única” para el tratamiento, más allá de que muchas instituciones mantengan en forma acrítica dicho esquema. En gran medida, la internación prolongada como alternativa para el abordaje de este tipo de problemáticas se sostiene, acríticamente, en función de los siguientes parámetros, entre otros:

- Ausencia de valoración diagnóstica científica que permita determinar con precisión la necesidad de tal indicación en función de un cuadro clínico específico (por ejemplo dependencia a las drogas vinculada a situaciones de riesgo cierto e inminente).
- La confusión entre la necesidad de internación para desintoxicación de la internación para deshabituación (esta última opción poco fundamentada científicamente).
- La búsqueda de lucro económico en desmedro de la *ética de la salud*, en tanto se derivan y asisten pacientes en dispositivos de internación sin consideración de las necesidades de la persona y sí de las necesidades económicas de las instituciones que brindan tales servicios o sus representantes.
- La presión de ciertos componentes del Estado (entre otros los organismos de seguridad), los medios masivos de comunicación, y ciertos sectores de la corporación médica que encarnan el discurso hegemónico sobre las drogas y las personas que las consumen. La vinculación alegada por los mismos, de los conceptos de “droga”, “inseguridad” y/o “peligrosidad” han fomentado prácticas de reclusión e internamiento como respuesta a problemas de salud de la población.
- La escasa referencia a métodos y prácticas de abordaje en drogodependencias valorados y comprobados científicamente.

En este sentido es imperante señalar la necesidad de adecuación (al menos ese ha sido el camino de nuestra institución) a las

nuevas reglamentaciones en salud mental: *Ley Nacional 26657 de Derecho a la Protección de la Salud Mental*, y *Ley Provincial 9848 de Protección de la Salud Mental*, la *Ley N 26529 de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud* y en torno a la situación de la infancia las leyes de *Promoción Y Protección Integral De Los Derechos De Las Niñas, Niños Y Adolescentes Ley Provincial 9944* y *Ley Nacional de Infancia N 26.061*. En todos los casos, tales parámetros legales, remarcan la necesidad de reconvertir los dispositivos de salud y garantizar que las situaciones de internamiento sean realmente *excepcionales, de corta duración y monitoreo permanente y solo cuando se hayan agotado otras alternativas válidas*. A partir de aquí, la *internación involuntaria* por motivos vinculados al consumo de drogas, tan frecuente, difundida y poco cuestionada hasta nuestros días (tanto en personas mayores como en menores de edad) *entra en un contexto de revisión profunda*.

En tanto, nuestra institución recupera y reivindica el abordaje de los usuarios del servicio en estrecha vinculación a su contexto inmediato: familia, comunidad, escuela, trabajo, etc., en tanto consideramos que el dispositivo terapéutico debe darse en preeminencia de dichos factores y no negando los mismos.

Los esquemas ambulatorios han demostrado facilitar procesos terapéuticos más genuinos y sólidos, en tanto se desarrollan en torno a la trama relacional del paciente.

Como correlato de esto podemos mencionar que Programa del Sol cierra su centro de internación en el año 2001 y Programa Cambio lo hace posteriormente en el año 2003.

Ante esta modificación podemos rastrear unos de los indicadores de corrimiento del esquema de las CCTT, ya que las mismas se han caracterizado tradicionalmente por ofrecer servicios en el marco de procesos de internamiento de las personas asistidas.

La individuación de los tratamientos

Dijimos que en España se utilizó la figura del “*café para todos*” para designar la propensión (sostenida por mucho tiempo) de homogeneizar la problemática de consumo y ofrecer, en tanto, un

dispositivo único de asistencia, poco flexible como para adecuarse a las particularidades del individuo. En la actualidad, y al menos desde el Programa del Sol los dispositivos de abordaje se han ido complejizando y especializando de acuerdo a las características de la demanda. Nuestra institución viene desarrollando estrategias para el abordaje terapéutico de los consumos problemáticos de drogas desde el año 1997. En dicho devenir se han desarrollado diferentes dispositivos y servicios, tendientes a sostener abordajes acordes a las características de la demanda. Este proceso de diferenciación permanente y progresivo ha hecho que, lo que en un comienzo fuera un solo dispositivo general de abordaje, hoy se sitúe y se haya diversificado en distintos dispositivos específicos, tales como el *módulo de abordaje para mujeres adolescentes con perspectiva de género*, el *módulo de abordaje para adultos jóvenes y adultos mayores*, el *servicio de asistencia y tratamiento para jóvenes con trastornos duales (comorbilidad psiquiátrica)* o el *dispositivo de abordaje para los trastornos vinculados al juego compulsivo (ludopatía) entre otros*.

Este tipo de estrategias diferenciadas tienen que ver, de alguna manera, con el objetivo institucional de priorizar y jerarquizar el área de diagnóstico y admisión. En función del crecimiento técnico y científico en dicha área el proceso de diagnóstico inicial se ha ido enriqueciendo y complejizando, dotándonos de información clínica altamente valiosa y significativa. Este hecho redundó en el reconocimiento de la necesidad de generar espacios terapéuticos acordes a las características singulares de las personas que demandan asistencia por consumo de drogas.

Como consecuencia directa de esta mirada sobre lo individual (en la relación entre una determinada persona con una droga específica en un contexto particular) es que desde hace años trabajamos en nuestra institución a partir un *“plan de tratamiento”* individualizado. El mismo se desarrolla a partir de un diagnóstico exhaustivo de la persona, sus dificultades y recursos, y en donde constan objetivos particulares: del equipo tratante, de la persona asistida y del grupo de referencia que acompaña. Con este esquema se adaptan los objetivos terapéuticos a la realidad, demanda y posibilidades de cada paciente, logrando así una mayor flexibilidad en

el abordaje. Este ajuste individualizado de la exigencia permite una mayor adaptación de los usuarios del servicio, trayendo aparejado una mayor adhesión al tratamiento.

Como un eje correlativo de singular importancia debemos mencionar la tendencia de los equipos técnicos de comenzar a *evaluar los procesos y resultados terapéuticos*, alternativa novedosa que incrementa la calidad de los servicios asistenciales en virtud de la retroalimentación que la evaluación permanente provoca.

La duración de los tratamientos

Como una consecuencia directa de lo planteado anteriormente vemos que los plazos en que se definen los procesos terapéuticos se han acortado ostensiblemente. Los mismos estarán definidos por las particularidades de la problemática en cada sujeto y no por una consideración general, desprovista de rigor clínico “del tiempo medio de recuperación de un adicto”. Muchas instituciones a la fecha “mantienen” en tratamiento a personas por más de dos años, sin reparos en torno a si manifestaban problemas de abuso, dependencia, o trastornos aparejados al consumo de sustancias (trastornos duales).

Otra alternativa diferencial tiene que ver con cambios en la secuenciación por etapas del tratamiento: históricamente a partir de este esquema la mentada etapa de “*Reinserción Social*” se ubicaba tradicionalmente al final del mismo. En la actualidad trabajamos desde la concepción de que los procesos de reinserción o re vinculación de la persona con su medio deben fomentarse desde el inicio mismo del tratamiento. Es más, en torno a nuestras definiciones este proceso o etapa de tratamiento dejaría de existir como tal (en tanto “reinsertarse” implica la exclusión o salida previa de algún lugar social).

El corrimiento del eje en la abstinencia

Durante mucho tiempo, y aun con gran supremacía en la actualidad, los tratamientos han estado orientados centralmente a

suprimir el consumo. En este marco, las recaídas¹⁰ en el consumo de drogas eran (y son) fuente propiciatorias de sanciones, castigos, e incluso la suspensión o interrupción de tratamiento. Actualmente los equipos técnicos plantean mayor flexibilidad y tolerancia con las situaciones de recaídas. En este sentido los aportes de *Marlatt y Gordon* (1985) han permitido (desde el reconocimiento de la posibilidad de recaída como parte del proceso terapéutico) avanzar por un lado en el desarrollo de estrategias de prevención de recaídas y por otro en el trabajo terapéutico sobre los fenómenos de recidiva cuando estos acontecen.

A partir de estos parámetros, en la actualidad, algunas instituciones pueden “permitirse” que sus estrategias terapéuticas no estén orientadas al logro de la abstinencia total, sino que puedan establecerse parámetros y objetivos particulares según el caso y la demanda. En este sentido el enfoque de “Reducción del Riesgo”¹¹ aporta nuevas miradas y posibilidades en el campo de la asistencia.

La importancia diagnóstica

En la actualidad siguen siendo pocos los centros de tratamiento que cuentan con equipos debidamente formados, dotados de estrategias y dispositivos específicos para el desarrollo de tareas diagnósticas. Esta situación desde luego está relacionada con aspectos mencionados anteriormente, tales como la tendencia a proponer un único esquema terapéutico para todos, más allá de las particularidades de la demanda. Las comunidades clásicas siguen planteando un esquema que prioriza la “acogida” o admisión como primera etapa asistencial, dándole muy poca importancia al relevamiento diagnóstico. Desde el Programa de Sol se trabaja desde hace mucho tiempo a partir de un marco de valoración diagnóstica que

¹⁰ Marlatt y Gordon distinguen entre caída (consumo puntual y aislado) y recaída (reanudación del consumo previo), aquí utilizaremos ambos indistintamente para simplificar la lectura.

¹¹ “Con este enfoque el objetivo, deja de ser únicamente la abstinencia en el uso de sustancias (que ya no se plantea como condición sino como opción) y pasa a ser también, disminuir los riesgos y los daños asociados al consumo”. Patricia Insúa y Dr. Jorge Grijalvo. *Papeles del Psicólogo*. n° 77 , 2000.

se compone como *la primera etapa de tratamiento*. Para esto ha sido vital el reconocimiento de las herramientas clínicas (diagnósticas) que propone el DSM IV (APA 2000) y CIE 10 (OMS). Las mismas sitúan parámetros específicos para el reconocimiento de patrones vinculados al *uso, abuso o dependencia* a una droga o varias.

El diagnóstico de la comorbilidad

Uno de los aspectos más significativos del trabajo en instancias diagnósticas tiene que ver con la identificación y/o el relevamiento clínico de trastornos asociados al consumo de drogas. Múltiples investigaciones (Sederer, 1990, Saavedra, 1997, Farrell, 1998) han podido precisar con claridad el elevado margen de trastornos psicológicos y psiquiátricos que aparecen vinculados al consumo de drogas. La OMS define la comorbilidad como la coexistencia en el mismo individuo de un trastorno inducido por el consumo de una sustancia psicoactiva y de un trastorno psiquiátrico. Una de las definiciones más difundidas y aceptadas sobre la patología dual habla de la coexistencia de dos trastornos, uno debido al abuso de sustancias y otro de tipo psiquiátrico o psicológico.

No obstante, se requiere de mucha precisión para el diagnóstico comorbilidad, resultando muy complejo establecer una pauta de la etiología u origen de los trastornos. Es importante en este sentido la identificación del trastorno primario: el consumo abusivo de drogas o el trastorno psiquiátrico.

Lo que no ofrece dudas es la necesidad de que todas las instituciones que trabajan en drogodependencias en la actualidad, cuenten con los equipos y dispositivos necesarios para poder detectar la prevalencia de trastornos duales en la población asistida.

Numerosos autores han señalado la importancia del Diagnóstico Dual. El siguiente cuadro (Burkstein, 1989; Drake, 1989; Sederer, 1990 y Salloum, 1999) resume las razones más relevantes para la identificación de la comorbilidad:

- Claridad diagnóstica.
- Curso y Pronóstico variado.
- Permite determinar las necesidades terapéuticas y poten-

ciar la eficacia terapéutica.

- Se asocia con una mayor morbilidad y mortalidad.
- Se asocia con un incremento de la conducta suicida.
- Se asocia con un incremento de la conducta homicida.
- Se vincula con una mayor necesidad de hospitalización y tiempo de estancia.

Como correlato directo de lo mencionado anteriormente debemos mencionar que existen pocas instituciones en la actualidad que desarrollen dispositivos asistenciales específicos y adecuados a las necesidades de los personas con trastornos comórbidos. Por tanto es necesario que las instituciones privadas y públicas generen alternativas para brindar *tratamiento integrado*, en donde se pueda abordar en forma *simultánea* el problema de consumo de drogas y el trastorno psiquiátrico o psicológico asociado.

El aporte de las ciencias comportamentales

Ha sido fundamental en los últimos años, al menos para el devenir de la institución *Programa del Sol*, el reconocimiento y empleo de los parámetros teóricos y técnicos de las ciencias del comportamiento aplicadas a los consumos problemáticos de drogas: las mismas abordan el abuso de drogas desde el reconocimiento de sus causas y consecuencias. Entre los aportes fundamentales a este campo debemos reconocer La Terapia Cognitiva de Beck¹², la propuesta de Refuerzo Comunitario de Meyer y Smith¹³, el

¹² “La TC es una forma de terapia que intenta reducir las excesivas reacciones emocionales y el comportamiento modificando los pensamientos erróneos o imperfectos y las creencias des adaptativas que subyacen a estas reacciones” (Beck et al. 1991, p. 10).

¹³ The Community Reinforcement Approach (CRA) es un abordaje de tratamiento comportamental de alto alcance para los problemas de abuso de sustancias que usa refuerzos sociales, recreacionales, familiares y vocacionales para asistir a los pacientes en recuperación. (Meyers y Smith 1995, p. 1). Este abordaje usa una variedad de refuerzos generalmente disponibles en la comunidad para ayudar a los usuarios de sustancias a comenzar a desarrollar un estilo de vida libre de drogas.

enfoque de Prevención de Recaídas de Marlatt y Gordon¹⁴, el Modelo Transteórico del Cambio de Prochaska y DiClemente¹⁵ y el Tratamiento Cognitivo Comportamental de desarrollo de estrategias de afrontamiento o TCC (Cognitive-behavioral Coping Skills Treatment or CBT)¹⁶.

Es un hecho constatado la importancia fundamental del abordaje psicológico en el tratamiento de los consumos problemáticos de drogas, así lo plantea Becoña Iglesias (2008) cuando habla de la **centralidad del tratamiento psicológico** en adicciones. No obstante, dentro de las ciencias psicológicas se hace un reconocimiento específico a la impronta y efectividad de las terapias cognitivo conductuales¹⁷. Para la NIDA (1999) “Los tratamientos conductuales ayudan a que los pacientes se comprometan con el proceso de tratamiento, modifiquen sus actitudes y comportamientos relacionados con el abuso de las drogas y aumenten sus destrezas para llevar una vida más saludable. Estos tratamientos también pueden mejorar la eficacia de los medicamentos y ayudar a que las personas continúen en tratamiento por más tiempo”.

¹⁴ El Modelo Teórico de Prevención de Recaídas o el de Aprendizaje Social desarrollado por Marlatt y Gordon (1980, 1985) plantea que la recaída se produce al exponerse la persona a una determinada situación de riesgo, sin contar con las estrategias de afrontamiento necesarias para garantizar enfrentar la situación y evitar la recaída.

¹⁵ El modelo explicitado por Prochaska y DiClemente (1982, 1983, 1985) permite ubicar distintos niveles de predisposición (estadios de cambio) que puede manifestar una persona frente al planteo de modificar su conducta adictiva.

¹⁶ La CBT intenta ayudar a los pacientes a reconocer, evitar y afrontar, esto es, reconocer las situaciones en donde están más expuestos a consumir drogas, evitar esas situaciones cuando sea necesario, y adaptarse mejor a los problemas y comportamientos problemáticos asociados al consumo de sustancias. Kathleen M Carrol. Manual de Terapia Cognitiva para la Adicción a las Drogas. NIDA 1998.

¹⁷ Las terapias cognitivo-conductuales representan la integración de los principios derivados de la teoría del comportamiento, la teoría del aprendizaje social y la terapia cognitiva (Finney, Wilbourne y Moos, 2007). Suponen el enfoque más comprensivo para tratar los problemas derivados del uso de sustancias y consisten básicamente en el desarrollo de estrategias destinadas a aumentar el control personal que la persona tiene sobre sí misma. Becoña Iglesias y Cortes Tomas. Guías clínicas Socidrogalcohol. España 2008.

La Intervención Comunitaria y el Trabajo en Prevención

En la actualidad toda aquella persona que se precie de trabajar en investigación, docencia o asistencia vinculada al campo de los consumos problemáticos de drogas no puede desconocer la importancia vital de fomentar el desarrollo de *tareas preventivas* en distintos ámbitos (comunitario, educativo, laboral, etc.). Recuperamos en este sentido la definición de Martín cuando plantea que la Prevención “es un proceso activo de implementación de iniciativas tendientes a modificar y mejorar la formación integral y la calidad de vida de los individuos, fomentando el autocontrol individual y la resistencia colectiva ante la oferta de drogas” (Martín, 1995, p. 55, citado por Becoña, 2002).

No obstante, cuando se revisan las referencias de trabajo (actuales e históricas) de las CCTT, muy poco puede hallarse en torno a desarrollos sostenidos y eficientes en el área de la prevención del consumo problemático de drogas. De todas maneras, y desde hace pocos años, en función de la experiencia capitalizada a partir de la asistencia, algunas instituciones vinculadas históricamente a la asistencia han comenzado a desarrollar actividades en el campo de la promoción de la salud y la prevención.

En el caso del Programa del Sol las actividades desarrolladas en este ámbito comienzan a gestarse poco tiempo después del inicio de las actividades terapéuticas, en el año 2000. Actualmente, las estrategias y acciones que desarrollamos desde el Área Comunitaria tienen como objetivo concreto y prioritario el incidir sobre el desarrollo de factores y procesos de protección a nivel individual, comunitario e institucional para que las personas o comunidades puedan hacer frente a situaciones vinculadas al consumo de drogas.

Becoña (2007) plantea en este sentido que la prevención debe, por tanto, centrarse tanto en poner en marcha acciones para frenar el consumo de drogas como igualmente para mejorar todas aquellas variables que se relacionan con el inicio, progresión y mantenimiento del consumo de las distintas drogas centrándose en las variables del individuo (ej., incrementar sus estrategias de afrontamiento) y del sistema social (ej., que tenga oportunidades),

así como en otras conductas relacionadas con el consumo de drogas (predisposición, conductas delictivas, baja autoestima, etc.).

Un factor más que significativo para el análisis tiene que ver con la alarmante (e histórica) ausencia de políticas públicas en este ámbito. Por tanto y desde hace más de 10 años, las únicas alternativas vigentes en prevención son aquellas vehiculizadas por las organizaciones de la sociedad civil. Es un desafío, en la actualidad, poder articular con el Estado en términos de retroalimentar y fortalecer las experiencias dadas y avanzar en el desarrollo de programas de trabajo articulados y consistentes y en la definición y sostenimiento de políticas públicas que trasciendan los gobiernos de turno.

El posicionamiento social

Históricamente, las Comunidades Terapéuticas han mantenido un perfil muy particular en relación a su integración en el entramado de las organizaciones de la sociedad civil. No son muchos los ejemplos de CCTT que han podido vincularse activamente con otras instituciones en un plano de articulación socio-política. Si recuperamos su devenir veremos que muchas de estas instituciones han situado sus dispositivos en zonas rurales, en condiciones muy particulares de aislamiento. La dinámica “intra muros” sostenida en las prácticas terapéuticas ha sido predominante; incluso hoy, en donde gran parte de estos centros se han reubicado en zonas urbanas, son muy pocas las referencias de organizaciones comprometidas en la participación social. No me refiero en este caso a las vinculaciones entre CCTT u instituciones abocadas específicamente a la asistencia o prevención del consumo de drogas, sino a la implicancia en redes de inclusión institucional más amplia que remiten a otros ámbitos.

Una mirada parcializada, aún imperante, sobre el individuo o la problemática, puede ser una de las causas de tal situación. La misma, debe ser entendida siempre como una grave limitación de las instituciones en tanto pierden contacto con las referencias políticas ideológicas y científicas que en cualquier campo de in-

tervención social enriquecen, dan vida y permiten el crecimiento institucional.

Desde nuestra concepción integral del sujeto y a partir de una lógica de intervención que puede encuadrarse, según la definición del Dr. Helen Nowlis (1975) en *el Modelo Psicosocial*¹⁸, nos hemos situado con un posicionamiento activo asumiendo protagonismo y representación en diversas redes. A partir de esta definición el Programa del Sol ha participado históricamente en redes y colectivos de organizaciones comunitarias, sociales, de derechos humanos y de salud tales como el Colectivo Cordobés por los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, la Red de Organizaciones con Trabajo en VIH/SIDA, o la Mesa de Trabajo Permanente en Salud Mental y Derechos Humanos, etc.

Conclusión

Los cambios y modificaciones descritos anteriormente (en relación a los antecedentes fundacionales de las CCTT), han dado lugar a nuevas “configuraciones” en los modelos actuales de asistencia en drogodependencias. No obstante, debemos reconocer la influencia significativa, hasta la fecha, de los modelos tradicionales de CCTT. Incluso, aquellas instituciones que nos hemos apartado más de tales referencias, aún conservamos algunos de esos parámetros, legados de los modelos de Maxwell, Jones y la escuela del Proyecto UOMO italiana. De los mismos aún podemos reconocer en nuestras prácticas:

- El reconocimiento y aceptación del valor del *aprendizaje social* como alternativa hacia modos de vida más saludables (en donde se busca el cuestionamiento crítico del consumo de drogas y sus motivaciones).
- El sostenimiento de la idea de comunidad relacionada al *ámbito grupal*. Desde lo grupal se incentiva el protagonis-

¹⁸ “Al modelo psicosocial le interesa el contexto, en cuanto a la influencia de las actitudes y del comportamiento observables de otras personas, en forma individual o social, tales como la familia, los grupos de amigos o compañeros, las comunidades y la colectividad”.

mo, la responsabilidad y la autonomía de las personas en relación a su proceso de tratamiento. Desde lo grupal se favorece la empatía relacional y la mejora en las posibilidades de vinculación interpersonal.

- La revalorización del aporte técnico en la correlación entre *lo terapéutico y lo educativo o socio educativo*.
- El reconocimiento de la *capacidad de contención diferencial* de estos dispositivos asistenciales como un recurso válido para que las personas pueda resolver progresivamente las dificultades vinculadas al consumo de drogas.

Si bien con esta sucinta enunciación no se agotan los aportes de las experiencias originarias en el campo de la asistencia en drogodependencia, podemos aproximarnos al valor que asumen, en tanto referencia ineludible para cualquier experiencia actual. Recuperar históricamente el modelo de las CCTT e interpretar sus configuraciones a la luz del contexto socio histórico en donde se produjeron nos permite ampliar nuestra visión crítica del fenómeno y de las alternativas (en este caso asistenciales) formuladas como respuesta ante el mismo.

Estas formas particulares de dar respuesta (las CCTT) han debido actualizarse e implementar, en palabras de Comas (2006) ciertas “estrategias de diversificación”, es decir que dichas instituciones han tenido que cambiar para poder sobrevivir. Como fue planteado en un principio estos cambios no han sido ni son actualmente del todo homogéneos (obedecen a particularidades de las instituciones y las personas que las componen), pero tampoco erráticos o casuales en tanto no se dan aislados de ciertas influencias socio históricas, ni por fuera de ciertos modelos o discursos subyacentes.

En la última parte de este trabajo he intentado reflejar las transformaciones al interior de una de estas instituciones originada en el marco de las CCTT, el *Programa del Sol*. Allí el eje de lo instituyente se sitúa en torno a un posicionamiento crítico acerca de las definiciones dogmáticas y hegemónicas planteadas en relación a las drogas y las personas que las consumen. Esta tensión ha operado

y opera en lo instituido del Programa, proveyendo de nuevas lecturas, miradas y discursos que a su vez sirven de soporte a las estrategias preventivas y asistenciales que desde allí se desarrollan. Si bien esta es solo una experiencia particular puede servir de diana de cómo, a partir del legado histórico de las CCTT (y sin negar tales antecedentes pero siendo firmemente críticos con los mismos), se pueden conformar dispositivos alternativos, dinámicos, adecuados a la demanda actual y por sobre todo respetuosos de las definiciones, derechos, recursos y posibilidades de las personas que demandan asistencia.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fourth edition)*. Washington, DC.
- [Aaron T. Beck](#). (2000). “Terapia cognitiva de las drogodependencias”. Editorial Paidós
- Beck, [A. Scott](#), [J.](#) & [Williams](#), M. (1991). “La Terapia Cognitiva en la práctica clínica: Un Libro de Casos ilustrativos “ Ed. [Routledge](#).
- Becoña Iglesias, E. & Cortés Tomás, M. (2008). Guías clínicas Socidrogalcohol. España.
- Becoña Iglesias, E. (2007). “Bases psicológicas de la prevención del consumo de drogas”. *Papeles del Psicólogo*. Vol. 28(1), pag. 11-20.
- Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Burkstein, O. Brent, D. & Kaminer, Y. (1989). La comorbilidad de abuso de sustancias y otros trastornos psiquiátricos en adolescentes. *American Journal of Psychiatry*, 146: 1131-1141.
- Campaigna, D. & Gervasio, E. (2004). “*Un modelo de comunidad terapéutica autosustentable para América Latina*”. Asociación Proyecto Hombre. España.
- Carrol, K. (1998). Manual de Terapia Cognitiva para la Adicción a las Drogas. NIDA 1998.
- Comas Arnau, D. (1999). “La supervisión institucional” Encuentros nacionales sobre drogodependencias y su enfoque comunitario. CPD de Cádiz. VI Encuentro nacional y su enfoque comunitario. Libro de Ponencias.

- Comas Arnau, D. (2006). “Comunidades Terapéuticas en España. Situación actual y propuesta funcional” Grupo GID. España.
- Comas Arnau, D. (2008). [La metodología de la comunidad terapéutica: una apuesta de futuro.](#) [Revista española de drogodependencias](#), ISSN 0213-7615, [Nº. 3](#), pags. 238-254.
- Comas Arnau, D. (2010). “La metodología de la comunidad terapéutica” Fundación Atenea Grupo Gid
- Cooper, D. (1967) “Psiquiatría y Antipsiquiatría” Ed. Paidós.
- Danza, C. (2009). “¿Tratable o intratable? La comunidad terapéutica para drogodependientes, una alternativa”. *Rev Psiquitr Urug* Pag. 99-108.
- De Dominicis, A. (1997). “La comunidad terapéutica para los toxicodependientes” Centro Italiano di solidarietà di Roma.
- De León, G. (2004). “La comunidad terapéutica y las adicciones” Teoría, Modelo y Método. Desclée De Brouwer.
- Del Pozo Llorente, J.M. & Fernández Gómez, C. (1999). “Comunidades terapéuticas”: Situación actual y perspectivas de futuro” *Rev. ADICCIONES*. Vol.11 Núm. 4. Págs. 329/336.
- Drake, R. Osher, F. & Wallach, M. (1989). Alcohol use and abuse in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177 (7), 408-414.
- Hernández Monsalve, M. (2000). “Los programas de seguimiento intensivo en la comunidad: una alternativa a la hospitalización psiquiátrica, ¿y algo más?”. Publicado en Rivas F. La psicosis en la comunidad. AEN. Madrid; pag. 131-190.
- Insúa, P. & Grijalvo, J. (2000). “Programas de reducción de riesgos en atención a las drogodependencias: conceptos y acciones específicas”. *Papeles del Psicólogo*. nº 77, ISSN 0214 – 7823.
- Jones, M. (1979). La comunidad terapéutica, el aprendizaje social y el cambio social; (en) “*Comunidades Terapéuticas: Reflexiones y Progreso*”; *Hinshelwood, RD y Manning, N. (eds.)*, Routledge & Kegan Paul, Londres.
- Jones, M. (1982). “Las comunidades terapéuticas pasado, presente y futuro”, (en) “*El individuo y el grupo*”; *Pines, M. y Rafelsen, L. (eds.)*, Plenum Press, Nueva York.
- M. Farrell, M. ; Howes , S.; Bebbington, P.; Brugha, T.; Jenkins, R.; Lewis, G.; Marsden, J.; Taylor, C. & Meltzer, H. (2003) Nicotine, alcohol and drug dependence, and psychiatric comorbidity--results of a national household survey [International Review of Psychiatry](#), Volume [15](#), Issue [1 & 2](#) February , pags 50 – 56.

- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1985). *Relapse Prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford.
- Milkman, H. & Sederer, LL. (1990) *Treatment Choices For Alcoholism and Substance Abuse*. Lexington Books, Massachusetts.
- NIDA “Manual de Terapia Cognitiva para la Adicción a las Drogas”. EEUU 1998.
- NIDA “Principios para el tratamiento de las adicciones”. EEUU 1999.
- NIDA. Serie de Reportes de Investigación - La Comunidad Terapéutica. NIH Publicación Número 04-4877(S). EEUU. Impresa en diciembre 2003.
- Nowlis, H. (1975). “La Verdad sobre la Droga”. Publicaciones de la UNESCO.
- Saavedra A. (2001). *Comorbilidad en dependencia a sustancias*, Psicoactiva 19: 63-103.
- Salloum, I.; Bishop, S.; Najavits, L.; Lis, J.; Mercer, D.; Griffin, M.; Moras, K. & Beck, A. (1999). Psychosocial Treatments for Cocaine Dependence Archives of General Psychiatry. Vol. 56 No. 6 ; Pag.: 493-502.
- Santis Barros, R. & Casas, M. (1999). Diagnóstico Dual. Encuentros nacionales sobre drogodependencias y su enfoque comunitario. CPD de Cádiz. VI Encuentro nacional y su enfoque comunitario. Libro de Ponencias.
- Sentis, V. (2004). “De Esalen a Poona”. J. C. Sáez Editorial .
- Van Gelder, (1997). “Charles Dederich, 83, Synanon Founder, Dies”. The New York Times. Publicado: 4 de marzo de 1997. Recuperado el 2 de abril del sitio: <http://www.nytimes.com/1997/03/04/us/charles-dederich-83-synanon-founder-dies.html?sec=&spon=>.

Sitios WEB consultados

- <http://www.programadelsol.com.ar>
- <http://www.programacambio.org>
- <http://www.programaandrescba.org.ar/>
- <http://www.proyectohombre.es>
- <http://www.progettouomo.net>
- <http://www.daytop.org>
- <http://www.ceis.it>

UNA MIRADA A LA LEGISLACIÓN ARGENTINA

Florencia Serena y Raúl Ángel Gómez

“La verdad, señora, es que no hay drogas buenas y malas, sino usos sensatos e insensatos de las mismas (como pasa con las armas de fuego, la energía nuclear y tantas otras cosas), que el uso sensato es infinitamente más probable cuando no hay mercado negro y que la ilegalización estimula toda suerte de abusos.

(Escohotado, A. 1989)

Introducción

El debate sobre la legislación de las drogas es un tema de indudable trascendencia en el mundo contemporáneo, al menos por los siguientes tres motivos: por un lado, por cuanto el abuso de sustancias psicoactivas y el narcotráfico son problemas que enfrentan la mayor parte de las sociedades contemporáneas. De otro lado, por cuanto las políticas dominantes, fundadas en el llamado “prohibicionismo” y en estrategias de derecho penal máximo, se encuentran fuertemente cuestionadas, no sólo por su ineficacia sino por el sufrimiento que han ocasionado. Adicionalmente, porque este debate permite a su vez volver a reflexionar sobre un tema, que no por clásico deja de ser relevante, y es el relativo a la justificación de la penalización de un comportamiento en una sociedad democrática (Uprymny, 2003).

Una revisión más o menos exhaustiva tanto de los antecedentes como de las condiciones (discursivas, ideológicas y políticas),

bajo las cuales se ha materializado la legislación argentina que regula penalmente los comportamientos relacionados con el consumo de drogas, aparece como una condición necesaria a hora de examinar los modelos de abordajes presentes en esta temática.

Las drogas y sus consumidores son “objeto” de una ley penal (Ley 23.737) confiriendo al usuario el doble estatuto de enfermo y delincuente; tal como veremos más adelante esta doble condición es insoslayable a la hora de pensar las intervenciones posibles desde una lógica asentada en la salud mental.

La posibilidad de historizar y contextualizar el origen y desarrollo del marco regulatorio legal de los comportamientos y situaciones relacionadas con las drogas, su uso y consecuencias incorpora la posibilidad de una problematización desnaturalizante de la dimensión jurídica-política de las cuestiones relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas (Slapak & Grigoravicius, 2006).

En el mismo sentido la revisión de los “vaivenes” judiciales que se han dado en los últimos treinta años, los cuales se han reflejado en fallos emblemáticos, dando cuenta de las diferentes interpretaciones que la norma legal puede tener, sirve a modo de “mapa histórico” de un debate que excede lo jurídico entrando de lleno en ámbito de las prácticas atinentes a la salud mental y sus marcos normativos regulatorios.

Como decíamos en el capítulo 1 la meta global explícita de este libro es generar los insumos y herramientas para desarrollar en los profesionales de la salud mental una mirada crítica y “deconstructiva” del paradigma dominante y hegemónico en la temática de las drogas y las drogodependencias.

El objetivo de este artículo es dotar al lector de herramientas para realizar un análisis crítico de la legislación argentina vigente en materia de drogas, revisándola desde una perspectiva histórica-política y en este marco reflexionar sobre las implicancias de la ley 23.737 en el rol profesional del psicólogo.

La Guerra contra las drogas. Antecedentes y orígenes

Varios análisis e indagaciones (Del Olmo.; 1992; Escohotado, 1995; Gonzalez Zorrilla, 1987; Santino & La Fiura.; 1993; Slapak, & Grigoravicius, 2006) han coincidido en considerar que uno de los antecedentes principales para la construcción de la fundamentación de los posicionamientos conceptuales acerca del consumo de sustancias psicoactivas, puede ubicarse en algunos movimientos sociales que comienzan a desarrollarse en los Estados Unidos a fines del siglo XIX y principios del siglo XX.

Estas corrientes de ideas se expresan en dos vertientes diferentes y complementarias: por un lado, una creciente condena moral generalizada en la sociedad estadounidense, hacia el consumo de ciertas sustancias asociadas a poblaciones y sectores sociales marginados y discriminados por dicha sociedad, como los negros (Cocaína), los inmigrantes chinos (Opio) y mexicanos (Marihuana). Por otro lado, el cuerpo de instituciones médicas y farmacéuticas de Estados Unidos intentan consolidarse como un monopolio en cuanto a la prescripción de sustancias psicoactivas y comienzan a condenar la auto-administración, rechazando la venta libre en farmacias (Davenport-Hines, R. 2003).

“La imagen fantástica de los negros cocainizados, saliendo de las plantaciones y los campamentos de construcción para entregarse al pillaje sexual entre mujeres blancas, dio origen al pánico racista”

“La Búsqueda del Olvido”. Davenport-Hines

Se señala como génesis de estos movimientos, la moral protestante vigente en los siglos XVIII y XIX en los Estados Unidos que hace de la abstinencia una obligación moral para todos los seres humanos, teniendo como objetivo proteger a los hombres de sus propios excesos; esto es, protegerlos de sí mismos (Davenport-Hines, 2003).

Posteriormente estos principios morales, aunque continúan vigentes, fueron reemplazándose poco a poco por fundamentos de orden sanitario y social que complementan y justifican a aquellos. (Davenport-Hines, 2003; Slapak & Grigoravicius, 2006). Estas tendencias aunque de origen diverso (y hasta contradictorio) tributarán de manera común a la generación e instauración de políticas y legislaciones prohibicionistas, donde se combinarán complementariamente principios científicos-sanitaristas y severos preceptos morales, condenando social y jurídicamente el uso de ciertas sustancias psicoactivas (Santino, U.; La Fiura, G.; 1993).

Es un dato objetivo que los Estados Unidos detenta actualmente el liderazgo mundial de las guerras antidrogas desde 1909, y su legislación prohibicionista ha aportado el modelo de los acuerdos internacionales para el control de las drogas (Davenport-Hines, R. 2003).

Las políticas prohibicionistas estadounidenses han ido ganando terreno hasta convertirse a nivel mundial en el paradigma de “*la guerra contra las drogas*”, asociada desde 1969 con las administraciones Nixon, Reagan y Bush padre e hijo. Los principios ordenadores de esta lógica estadounidense pueden resumirse así: se exige la rendición, y por ende desaparición incondicional de traficantes, vendedores, adictos y ocasionales consumidores hedonistas.

Es evidente que nada de esto ha sucedido. Las políticas prohibicionistas estadounidenses han fracasado una y otra vez y continúan fracasando. A pesar de su falta de éxito, el Departamento Estadounidense Antidrogas (DEA) ha convencido a los gobiernos de todo el mundo de que posee una experiencia inigualable e insoslayable en la temática de drogas (Davenport-Hines, 2003).

Las sucesivas administraciones norteamericanas han presionado explícitamente, la mayoría de las veces o implícitamente, las menos, a los estados europeos para que adopten estas tácticas fallidas, y en el caso de los países del denominado tercer mundo las ha impuesto de manera rígida junto con sus recetas económicas, compartiendo con estas últimas tanto su “fundamentalismo” como su reiterado fracaso. (Davenport-Hines, 2003).

La iniciativa llevada a cabo por el gobierno de Estados Unidos desde finales del siglo XX, en otros países, con el objetivo de la persecución de la producción, comercio y consumo de estupefacientes, a los que se les atribuye el estatus de drogas prohibidas, en tanto que no son medicinales, se dio a llamar “Guerra contra las Drogas” (Davenport-Hines, 2003).

Con un discurso bélico, se utiliza esta metáfora de la guerra para transmitir el objetivo del estado de combatir con fuerza a las drogas, eliminándolas totalmente a través de medidas fuertemente criminalizadoras, con un marco legal propio. El compromiso, asumido por la comunidad internacional bajo el lema de la “Guerra contra la droga”, se tradujo en la expansión del régimen de prohibición y en el aumento del control e intervención de algunos Estados en los mercados nacionales e internacionales de la droga (Tokatlian & Briscoe, 2010).

La adopción de esta metáfora bélica por parte de los gobiernos con sus consecuentes acciones para intervenir frente a esta problemática, trajo aparejado, tanto a Estados Unidos como a los países que se sumaron a esta iniciativa, consecuencias que se sostienen en el tiempo. La principal consecuencia de la Guerra contra las drogas es que los gobiernos invirtieron una cantidad enorme de recursos económicos, políticos, asistenciales en un objetivo que nunca se alcanzó (Tokatlian & Briscoe, 2010).

Los altos precios de la mercancía droga, como consecuencia de la guerra, han producido inmensas ganancias a los carteles (organización de narcotraficantes) y a todos los demás que logran evadir a las autoridades. Las estimaciones del valor del mercado mundial están en los cientos de miles de millones de dólares, cantidades similares a las de los mercados de cigarrillos y licores (Davenport-Hines, 2003).

La ineficacia e irracionalidad de las iniciativas y acciones inspiradas en el marco ideológico-político de la Guerra contra la droga han sido recurrentemente ejemplificadas con datos de la realidad. Como afirma Rafael Pardo (2010):

“La demostración final de la escasa o nula efectividad de la militarización como receta para controlar las drogas es la experien-

cia de Afganistán, país totalmente militarizado, ocupado con más de setenta mil efectivos de fuerzas de la Organización del Tratado del Atlántico Norte (OTAN). Antes de esa ocupación, en 2001, durante el gobierno Talibán la heroína producida por este país fue de 74 toneladas. En 2006, en quinto año de ocupación liderada por Estados Unidos, la producción de heroína fue de 6.100 toneladas. Y en 2008 producía 87% de la heroína del mundo. En el país más militarizado del mundo, con fuerzas predominantemente estadounidenses, la explosión de producción de heroína ha sido incontrolada”.

La corrupción del sistema es otra de las consecuencias. Para proteger sus ganancias, los delincuentes combaten con la policía y corrompen a funcionarios alrededor del mundo. Algunos carteles se han hecho más poderosos que los gobiernos que se oponen a ellos.

En palabras de Antonio Escotado (1994):

La cruzada contra las drogas ha tenido y tiene el mismo efecto que la cruzada contra las brujas: exacerbar hasta extremos inauditos un supuesto mal, justificando el sádico exterminio y el expolio de innumerables personas, así como el enriquecimiento de inquisidores corruptos y un próspero mercado negro de lo prohibido, que en el siglo XVI era de ungüentos brujeles y hoy es de heroína o cocaína. No quebrantaremos el círculo vicioso de la cruzada sin sustituir las pautas de barbarie oscurantista por un principio de ilustración.

Argumentos para la prohibición:

Para Nino (citado en Sasson, 2004) se pueden nombrar tres argumentos para justificar la penalización de la tenencia de estupefacientes para consumo personal: el argumento perfeccionista, el paternalista y el de la defensa social.

El argumento perfeccionista (argumento de los gobiernos autoritarios) intenta legitimar el castigo bajo la premisa de que la autodegradación moral del individuo autoriza la intervención del Estado, ya que constituye uno de sus objetivos promover compor-

tamientos moralmente valiosos (Sasson, 2004).

Por otro lado, el argumento paternalista, tiene como característica normas que protegen los intereses de las personas aun en contra de su voluntad. Al postularse como tutor de los bienes jurídicos, conduce a legitimar el castigo de las conductas autolesivas (Sasson, 2004).

El último argumento, el de la defensa social, pretende legitimar el castigo de la tenencia de estupefacientes para consumo personal a partir de los efectos nocivos que tiene para la sociedad estos comportamientos. Se convalida la pena sobre la base de un prejuicio a terceros. Bajo este argumento trasuntan los fallos que legitiman la pena por entender que pone en peligro la salud pública (como bien jurídico a proteger) (Sasson, 2004).

Antonio Escohotado (1989), un escritor reconocido por su claro posicionamiento al respecto de la despenalización de las drogas, explica las razones que expone el prohibicionismo farmacológico:

1. El argumento objetivo se basa en que sustancias determinadas provocan embrutecimiento moral e intelectual. Lo característico de esta argumentación fue apoyarse en cuerpos químicos precisos (...).

Este argumento tropieza con la idea científica de fármaco, que no proyecta determinaciones morales sobre cuerpos químicos por considerarlos neutros en sí, beneficiosas o perniciosas dependiendo de sus usos. (...). Pasa por alto que las condiciones adheridas a la satisfacción de un deseo determinan decisivamente sus características (Escohotado, 1989).

2. En el argumento de las autoridades se alega que no podrían equivocarse los líderes más respetados del mundo y una mayoría abrumadora de ciudadanos (Escohotado, 1989).
3. Según el argumento conjetural todo cambio en la política vigente dispararía el consumo de las drogas ilegales hasta extremos apenas conjeturales.

La historia enseña que ninguna droga desapareció o dejó de ser consumida durante el transcurso de su prohibición. Enseña también que, mientras subsista una prohibición, habrá una tendencia mucho mayor a consumos irracionales. Teniendo en cuenta lo vivido en diferentes épocas y países, se insta un sistema de autocontrol inmediatamente después que cesara el sistema de heterocontrol o tutela oficial. La experiencia muestra que disponer libremente de una droga (incluso promovida con mentiras, como sucedió prácticamente con todas en su lanzamiento) no crea conflictos sociales e individuales comparables a los que provocó y provoca su prohibición. Ni siquiera es sustentable, históricamente, que la disponibilidad de una droga aumente el número de consumidores (...) (Escohotado, pp.360-1989).

4. El argumento del hecho consumado sostiene que ningún país puede cambiar de política sin desertar compromisos internacionales. La decisión de mantenerse en el camino actual fue tomada por la comunidad de naciones, solo ella puede alterarlas (Escohotado, 1989).

Antecedentes a la Ley 23737

En Argentina durante el año 1930 se sanciona la Ley 11.331, la cual modificó el artículo 204 del Código Penal introduciendo el párrafo tercero donde se incrimina la posesión y tenencia de drogas “no justificadas en razón legítima”. Este es, por así decirlo, el momento fundante de la legislación prohibicionista en nuestro país. Como vemos, se inaugura con ella un fenómeno que alcanza a nuestros días. La ambigüedad y/o falta de precisión de expresiones tales como “justificadas en razón legítima” van a ser casi una constante en los discursos y textos legaliformes en relación a las drogas y sus usuarios (Hurtado, s/d).

Otro dato, no menor, es la correspondencia cronológica del prohibicionismo vernáculo con el desarrollo y consolidación de la legislación prohibicionista norteamericana, que poniendo fin a el *Volstead Act*, más conocida como “Ley Seca”, en 1931 ingresaba a una etapa, que llega a nuestros días, donde el centro de los esfuerzos

estatales (legislativos y de seguridad) se ponen sobre el control y combate de los denominados “narcóticos” (Davenport-Hines, R. 2003).

Es precisamente, la “Ley Seca” norteamericana quizás el ejemplo más claro de lo efectos contradictorios de la lógica prohibicionista. Durante la vigencia de esta ley la persistencia de la demanda y consumo de bebidas alcohólicas estimuló la fabricación y ventas de licores, que se convirtió en una pujante industria clandestina; la ilegalidad de esta práctica causó que alcohol así producido alcanzara precios elevadísimos precios elevadísimos en el mercado negro, atrayendo al negocio a importantes bandas de delinquentes conocidas como “mafias”. La descripción y análisis de las condiciones históricas-políticas bajo la cuales se produzco la implementación y, luego derogación de la “Ley Seca” excede los límites y objetivos de este capítulo, no obstante su referencia es ineludible.

El segundo antecedente en nuestro país data del 1942. El proyecto del diputado José Peco, es un proyecto legislativo que solo reprimía la tenencia de sustancias cuando estén “destinadas al comercio o para suministrárselas a otros”. Excluyendo de la punición la tenencia de una dosis para uso personal. Este proyecto no fue aprobado, pero denota ya en esos años el debate existente en relación a la persecución penal de las prácticas privadas, poniendo en cuestión que la mera tenencia de drogas pueda ser tratada como un hecho delictivo (Hurtado, s/d).

Más adelante, en 1968 la Ley 17.567 que deroga la reforma del Código Penal (Ley 11.331), introduce un párrafo en el artículo 204: definiendo que sólo serán penalizados aquellos ciudadanos que posean cantidades que excedan las que correspondiera a un “uso personal”. Esta ley vinculaba la tenencia en dosis mínimas que correspondieran al mero consumo individual con las acciones de la esfera de la libertad consagrada en el artículo 19 de la Constitución Nacional: Las acciones privadas de los hombres que de ningún modo ofendan al orden y a la moral pública, ni perjudiquen a un tercero, están sólo reservadas a Dios, y exentas de la autoridad de los magistrados. Ningún habitante de la Nación será obligado a

hacer lo que no manda la ley, ni privado de lo que ella no prohíbe (Constitución Nacional).

Es importante señalar que esta reforma penal se da en el marco de un gobierno dictatorial encabezado por el General Juan Carlos Onganía. Por lo tanto, la historia nos depara el hecho paradójico que durante el transcurso de una dictadura militar que cercenó las garantías constitucionales, intervino violentamente las universidades nacionales, persiguió y encarceló a opositores políticos, etc, la tenencia de drogas para consumo personal se encontraba exenta de la autoridad de los magistrados y por lo tanto no era una conducta penalizada.

Las razones de esta paradoja pueden atribuirse a la injerencia del jurista Sebastián Soler en la redacción de dicha reforma. Sebastián Soler ya cuando fue Procurador General de la Nación en la década del 1950, se lo recuerda, entre otras cosas, por haber eliminado el Reglamento de Procedimientos Contravencionales, lo que hoy se conoce como Código de Faltas. Su argumentación era que este reglamento otorgaba una autonomía a la policía frente al Poder Judicial, ya que facultaba al Jefe de la Policía a constituirse en Juez de Primera Instancia, a sumariar y a condenar sin la intervención de la justicia ordinaria.

Finalizada la dictadura del General Onganía y con el regreso del gobierno constitucional de Héctor José Cámpora, primero, y el general Perón, después en 1973, la reforma del Código Penal del 1968, fue declarada ineficaz por la Ley 20.509, a partir de la cual se restaura el régimen de la legislación anterior.

Como se había mencionado en un apartado anterior la evolución de la legislación prohibicionista norteamericana, sobre todo a partir la década de 1970 va ir marcando y delimitando a la legislaciones de los países dependientes, entre ellos Argentina. Así la guerra contra las drogas norteamericana tiene su correlato en la legislación penal de nuestro país. Es evidente que en la década de 1970 la influencia de las resoluciones de los organismos internacionales en cuanto a la legislación y políticas locales respecto del problema de las drogas, se llevó a cabo en el marco de la denominada “Doctrina de seguridad nacional” propia de la guerra fría cuyo axioma fundamental señalaba que *“Los propios ciudadanos de un*

país son posibles amenazas a la Seguridad” (Slapak & Grigoravicius, 2006; Hurtado, s/d)..

Bajo este contexto se desarrollan políticas en relación al consumo de drogas caracterizadas por un fuerte sesgo estigmatizador plasmadas en la sanción de la ley 20.771, en 1974, que penaliza la tenencia para uso personal. El proyecto de la citada norma nació en el Ministerio de Bienestar Social de la Nación que estaba por aquellos días a cargo de José López Rega, quién fue fundador de la Alianza Anticomunista Argentina (Triple A), el grupo parapolicial antecedente y precursor del Terrorismo de Estado en nuestro país.

Es importante señalar que la fundamentación del Poder Ejecutivo mediante la cual se elevó el proyecto de ley, expresó en forma muy clara respecto cuál era la naturaleza del bien jurídico a tutelar en la citada norma. En dos párrafos se evidencia la política del gobierno constitucional, luego hecha propia por la dictadura militar, a partir de marzo del 1976, de vincular “droga” con “subversión”.

La exposición de motivos de la ley 20771 incorporada al código penal de 1974 señalaba de manera inequívoca que, el control penal de las drogas era necesario para tutelar la “seguridad nacional” y la “defensa nacional”: “el tráfico ilegal de estupefacientes debe ser perseguido hasta su aniquilación”.

El artículo 6 de la ley 20.771 imponía la pena de 1 a 6 años de prisión al que “tuviera en su poder estupefacientes aunque estuvieren destinados a consumo personal” y agregó al artículo 77 del Código Penal la definición “estupefacientes” que comprendía a los estupefacientes, psicotrópicos y demás sustancias “capaces de producir dependencia física o psíquica, que se incluyan en las listas que elabore la autoridad sanitaria nacional”.

Como mencionamos al principio de este apartado la ambigüedad y/o imprecisión terminológica signa la legislación sobre drogas. Tal es el caso, en la ley 20.771, de las expresiones “estupefacientes, psicotrópicos y demás sustancias “capaces de producir dependencia física o psíquica” que al no ser definida claramente deben remitirse a una lista elaborada por la “autoridad sanitaria”, sin que se establezca criterio demarcatorio alguno para elaboración de dicha lista.

La vigencia de la ley 20.771 atravesó sin mayores inconvenientes los gobiernos: el de María Estela Martínez de Perón, las cuatro presidencias de la dictadura militar y el de Raúl Alfonsín.

Ley 23.737

Argentina está vinculada a la obligación internacional de sancionar el tráfico de estupefacientes prohibidos por la red de Tratados Internacionales. Existe una distribución internacional del control social y nosotros ocupamos una posición de un país de poco consumo en cuanto a los volúmenes internacionales de este tráfico. Es país de paso, consumo, de lavado y de inversión de capitales lavados (Zaffaroni, 1994).

En Argentina, dentro del marco de “La Guerra contra las Drogas”, se encuentra vigente la Ley 23.737 sobre tenencia y tráfico de estupefacientes, sancionada en 1989. La actual ley de estupefacientes modificó y derogó parcialmente a la ley 20.771.

La ley de Estupefacientes, actualmente en vigencia, surge a partir de un proyecto del Diputado radical Lorenzo Cortese, siendo sancionada el 21 de octubre de 1989 y estableciendo un régimen legal sobre estupefacientes. Tipifica entre otras conductas penalizables, la tenencia simple, la tenencia para consumo personal y la tenencia con fines de comercialización, las cuales castiga con un sistema mixto que incluye la aplicación de penas y medidas de seguridad.

La ley 23.737 prevé medidas de seguridad curativas y educativas como alternativa a la pena privativa de la libertad para quienes se consideren usuarios de drogas. En su articulado se combinan y complementan estrategias punitivas como la cárcel, con medidas terapéuticas y tratamientos de diversa índole (Slapak & Grigoravicius, 2006).

Algunos autores, desde una mirada crítica, han señalado que la ley 23.737, por la vía del tratamiento compulsivo, instaura una detención del consumidor por tiempo indeterminado, bajo control judicial, pero de acuerdo con recomendaciones de peritos (médicos, psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales, etc.). De manera que la

ley impone al profesional de la salud mental a cumplir funciones no sólo de orden sanitario, sino también -y esto es remarcado como muy alarmante- de agente de control social (Hurtado, s/d).

En la misma dirección crítica y tomando algunas de las estadísticas oficiales de nuestro país, se señala, por ejemplo, que la infracción a la Ley de Estupefacientes 23.737 se ha convertido en la primera causa de arresto entre las mujeres en nuestro país; de acuerdo a Rossi (2001) este fenómeno había alcanzando en 1998 a más del 51% de las mujeres detenidas.

A partir de estos datos se afirma que cuando un hecho ilícito se eleva como causa principal de las condenas y, al mismo tiempo, crece su incidencia en lugar de disminuir con la prohibición y la represión, cabe pensar que la legislación y sus procedimientos encubren procesos de control social condicionados por la moral vigente (Slapak & Grigoravicius, 2006) .

La definición de estupefacientes del Código Penal Argentino en el título 13 “Significaciones de conceptos empleados en el Código” comprende los estupefacientes, psicotrópicos y demás sustancias capaces de producir dependencia física o psíquica que se incluyan en la lista que elabora la autoridad sanitaria nacional. Manteniendo la ambigüedad que señalábamos en el apartado anterior para la ley 20.771.

Entendemos por “Bien Jurídico” (...) aquel bien que el derecho ampara o protege. Su carácter deviene de la creación de una norma jurídica que prescribe una sanción para toda conducta que pueda lesionar dicho bien. Sin la existencia de esta norma, que tiene que estar vigente y ser eficaz, el bien pierde su carácter jurídico (Garrone, 2008).

“En lo jurídico siempre es importante determinar cuál es el bien jurídicamente tutelado y en el caso de que hubiere más de uno establecer el orden de preeminencia (Marckinson, 1996). En el caso de la Ley 23.737, el bien jurídico es la “Salud Pública”, a lo cual luego se le agregará el bien jurídico “Seguridad Pública”. Por esto, los aspectos legales de las drogas (tenencia, consumo, distribución, suministro, tráfico) fueron vinculados alternativamente con la salud pública, la vida, la libertad, la intimidad, la defensa nacional y la defensa de la familia (Mackinson, 1996).

Vaivenes judiciales

Se entiende por “Jurisprudencia” (...) la reiterada y habitual concordancia de las decisiones de los organismos jurisdiccionales del Estado sobre situaciones jurídicas idénticas o análogas (Garrone, 2008). Se pueden clasificar distintos tipos de jurisprudencia pero a los fines de este artículo es preciso definir también el concepto de “Jurisprudencia Derogatoria” entendida como (...) la que elabora el régimen a que ha de sujetarse cierta situación, contraviniendo lo dispuesto por la ley (Garrone, 2008).

Estos conceptos son de suma utilidad a la hora de entender lo que se conoce como vaivenes judiciales. En el caso de la Ley 20.771 y la ley 23.737 encontramos casos de jurisprudencia y jurisprudencia derogatoria.

Bajo la vigencia de la ley 20.771, reseñamos dos antecedentes que ilustran las posturas antagónicas en relación a la interpretación de la norma:

- 1978. En la causa Colavini (surgida por la tenencia de dos cigarrillos de marihuana) la Corte Suprema de la dictadura militar, resolvió que la tenencia para uso personal era punible. En ese fallo la Corte recogió los argumentos del Procurador General de la Nación en el sentido de que el uso de estupefacientes va más allá de un mero vicio individual para convertirse, por la posibilidad de su propagación, en un riesgo social que perturba la ética colectiva. El tribunal sostuvo “que la represión de la tenencia de drogas es un medio eficaz para combatir la drogadicción y el narcotráfico, ya que la tenencia de droga configura uno de los elementos indispensables del tráfico, y el consumidor una condición necesaria de tal negocio, sosteniendo además que el consumo de drogas produce efectos en la mentalidad individual que se traducen en acciones antisociales, generando un peligro para la sociedad en su conjunto.”
- 1986. En la causa Bazterrica y Capalbo se cambio de postura, desincriminando la tenencia de estupefacientes para

consumo personal. La Corte Suprema, de ese momento, consideró el consumo como una acción privada (Art. 19 de la Constitución). En este fallo, la Corte Suprema no sólo revisó la constitucionalidad de la norma, sino también su racionalidad, concluyendo que no estaba probado que la punición fuera un remedio eficiente para el problema que planteaban las drogas. Allí se sostiene que “una respuesta de tipo penal, tendiente a proteger la salud pública a través de una figura de peligro abstracto, no tendrá siempre un efecto disuasivo moralizador positivo respecto del consumidor ocasional o aquel que se inicie en la droga, y en muchos casos, ante su irremediable rotulación como delincuente, el individuo será empujado al accionar delictivo inducido por la propia ley. Quedará estigmatizado como delincuente por la misma sociedad que debe encargarse de proporcionar medios para tratar a los adictos, tendrá un antecedente penal que lo acompañará en el futuro y le obstaculizará posibles salidas laborales y la reinserción en la realidad que trataba de evadir.”

A partir de la sanción de la ley 23 737, en el año 1989, los vaivenes judiciales pueden ejemplificarse con algunos casos testigos:

- 1990. La Corte Suprema, ya ampliada por el gobierno de Carlos Menem, en la causa Montalvo (2,7 gramos de marihuana) se volvió a la postura de la Corte Suprema de 1978. Imponiendo la penalización para la tenencia para uso personal.
- 1994. La Cámara Federal reabrió la polémica: absolvió a una persona que había sido encontrada con 4 gramos de cocaína y un cigarrillo de marihuana. Pero en octubre de 1995, la Corte Suprema ratificó su fallo de 1990. La votación del máximo tribunal fue muy reñida. La mayoría fue alcanzada con el número justo, cinco de los nueve ministros revocaron el fallo de la Cámara Federal. El procura-

dor general de la Nación, Ángel Agüero Iturbe, dictaminó previamente que “cualquier actividad relacionada con el consumo de esas sustancias pone en peligro la moral, la salud pública y hasta la misma supervivencia de la Nación (...)”.

- 1996, el mismo Ángel Agüero Iturbe, ordenó a todos los fiscales apelar las decisiones de los jueces de archivar las causas por tenencia de drogas en escasa cantidad para el consumo personal. Los jueces venían archivando el 60% de las 800 causas por infracción a la ley de estupefacientes 23.737 que ingresan a los juzgados federales por mes.
- 2009. Causa Arriola y otros... La Corte Suprema de justicia consideró que “...*el gran incremento de causas por tenencia para consumo personal a partir de la vigencia de la ley 23.737 demostraba que el resultado no era acorde al fin con el que había sido concebida sino, antes bien, la prueba del fracaso del efecto disuasivo que se había pretendido obtener persiguiendo indistintamente al tenedor de estupefacientes para consumo personal...*”. Señalando en el mismo fallo que “... *en el caso no se había acreditado que la conducta de los imputados hubiese afectado de alguna forma el bien jurídico protegido por la norma —salud pública—, de modo que con fundamento en el principio de lesividad que proscribía el castigo de una acción que no provocara un resultado o, por lo menos, un riesgo especialmente previsto, era inadmisibile la sanción pretendida por tratarse de una acción privada...*”. Por lo tanto el supremo tribunal resolvió “*Hacer lugar a la queja, declarar procedente el recurso extraordinario, declarar la inconstitucionalidad del artículo 14, segundo párrafo, de la ley 23.737, con el alcance señalado en el considerando final, y dejar sin efecto la sentencia apelada en lo que fue motivo de agravio*”.

Este fallo, el más reciente y con mayor repercusión mediática, incorporó el debate sobre las políticas y legislaciones prohibicionistas a la agenda pública y mediática. Abriendo un contexto actual de polémica y problematización que signa la actualidad en la temáticas de drogas y drogodependencias.

Como afirma Toro Martínez (2008), si bien la ley penaliza la tenencia se empieza a apreciar en distintos fallos una tendencia creciente hacia la discriminación de la tenencia para el consumo personal. De acuerdo al último fallo de la Corte Suprema el cuestionamiento estaría centrado en el segundo párrafo del artículo 14 de la ley 23.737 y su condición de inconstitucional por colisionar con el artículo 19 de la Constitución Nacional.

Las medidas educativas y curativas contempladas en la legislación argentina

La ley 23.737 en cuestión penaliza la tenencia de estupefacientes en cualquiera de las modalidades planteando una escala de punición y un tratamiento diferencial para una forma atenuada del tipo básico. Se entiende por tratamiento diferencial las medidas de seguridad y educativas.

La medida de seguridad, desde una perspectiva positiva, no es una pena sino que es una medida en general terapéutica que se aplica como consecuencia de la peligrosidad anterior o posdelictual (Cornejo, 1994).

A continuación se transcriben aquellos artículos de la ley relativos a las medidas de seguridad y educativas:

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

Aquí se introduce la participación de peritos en los casos que el condenado dependiera física o psíquicamente. El juez podrá disponer de una medida de seguridad curativa que consistirá en un tratamiento de desintoxicación y rehabilitación.

“Artículo 17. En el caso del artículo 14, segundo párrafo, si en el juicio se acreditase que la tenencia es para uso personal, declarada la culpabilidad del autor y que el mismo depende física o psíquicamente de estupefacientes, el juez podrá dejar en suspenso la aplicación de la pena y someterlo a una medida de seguridad curativa por el tiempo necesario para su desintoxicación y rehabilitación.

Acreditado su resultado satisfactorio, se lo eximirá de la aplicación de la pena. Si transcurridos dos años de tratamiento no se ha obtenido un grado aceptable de recuperación, por su falta de colaboración, deberá aplicársele la pena y continuar con la medida de seguridad por el tiempo necesario o solamente esta última”.

El artículo estipula la aplicación de medidas de seguridad curativa para los casos en los que el tenedor de la droga dependiera de la misma.

“Artículo 18. En el caso del artículo 14, segundo párrafo, si durante el sumario se acreditase por semiplena prueba que la tenencia es para uso personal y existen indicios suficientes a criterio del juez de la responsabilidad del procesado y éste dependiere física o psíquicamente de estupefacientes, con su consentimiento, se le aplicará un tratamiento curativo por el tiempo necesario para su desintoxicación y rehabilitación y se suspenderá el trámite del sumario.

Acreditado su resultado satisfactorio, se dictará sobreseimiento definitivo. Si transcurridos dos años de tratamiento, por falta de colaboración del procesado no se obtuvo un grado aceptable de recuperación, se reanudará el trámite de la causa y, en su caso, podrá aplicársele la pena y continuar el tratamiento por el tiempo necesario, o mantener solamente la medida de seguridad”.

Los Artículos 16, 17 y 18, de la Ley 23.737, contemplan las medidas de seguridad curativas. Estas están referidas a los tratamientos de desintoxicación.

“Artículo 19. La medida de seguridad que comprende el tratamiento de desintoxicación y rehabilitación, prevista en los

artículos 16, 17 y 18 se llevará a cabo en establecimientos adecuados que el tribunal determine de una lista de instituciones bajo conducción profesional reconocidas y evaluadas periódicamente, registradas oficialmente y con autorización de habilitación por la autoridad sanitaria nacional o provincial, quien hará conocer mensualmente la lista actualizada al Poder Judicial, y que será difundida en forma pública.

El tratamiento podrá aplicársele preventivamente al procesado cuando prestare su consentimiento para ello o cuando existiere peligro de que se dañe a sí mismo o a los demás.

El tratamiento estará dirigido por un equipo de técnicos y comprenderá los aspectos médicos, psiquiátricos, psicológicos, pedagógicos, criminológicos y de asistencia social, pudiendo ejecutarse en forma ambulatoria, con internación o alternativamente, según el caso.

Cuando el tratamiento se aplicare al condenado su ejecución será previa, computándose el tiempo de duración de la misma para el cumplimiento de la pena. Respecto de los procesados, el tiempo de tratamiento suspenderá la prescripción de la acción penal.

El Servicio Penitenciario Federal o Provincial deberá arbitrar los medios para disponer en cada unidad de un lugar donde, en forma separada del resto de los demás internos, pueda ejecutarse la medida de seguridad y de rehabilitación de los artículos 16, 17 y 18”.

El artículo 19 contempla el modo en que se deben cumplir las medidas de seguridad curativa. Menciona los tratamientos de desintoxicación y rehabilitación referidos en los artículos anteriores, estipulando que los mismos podrán ser voluntarios o no en función del grado de peligrosidad.

“Artículo 20. Para la aplicación de los supuestos establecidos en los artículos 16, 17 y 18 el juez, previo dictamen de peritos, deberá distinguir entre el delincuente que hace uso indebido de estupefacientes y el adicto a dichas drogas que ingresa al delito, para que el tratamiento de rehabilitación en ambos casos, sea establecido en función de nivel de patología y del delito cometido, a los efectos de la orientación terapéutica más adecuada”.

“Artículo 21. En el caso del artículo 14, segundo párrafo, si el procesado no dependiere física o psíquicamente de estupefacientes por tratarse de un principiante o experimentador, el juez de la causa podrá, por única vez, sustituir la pena por una medida de seguridad educativa en la forma y modo que judicialmente se determine.

Tal medida, debe comprender el cumplimiento obligatorio de un programa especializado, relativo al comportamiento responsable frente al uso y tenencia indebida de estupefacientes, que con una duración mínima de tres meses, la autoridad educativa nacional o provincial, implementará a los efectos del mejor cumplimiento de esta ley.

La sustitución será comunicada al Registro Nacional de Reiniciencia y Estadística Criminal y Carcelaria, organismo que lo comunicará solamente a los tribunales del país con competencia para la aplicación de la presente de la ley, cuando éstos lo requiriesen.

Si concluido el tiempo de tratamiento éste no hubiese dado resultado satisfactorio por la falta de colaboración del condenado, el tribunal hará cumplir la pena en la forma fijada en la sentencia”.

El artículo 21 contiene las medidas de seguridad educativa que hace referencia a la reeducación social. Introduce la figura del principiante o experimentador a quien podrá sustituirse la pena por una medida de seguridad educativa por no presentar dependencia.

Como ya se ha dicho, y de acuerdo a Toro Martínez (2008), la ley 23.737 combina un sistema mixto que consiste en penas y medidas de seguridad. Esta conceptualización ha sido criticada bajo la denominación de “fraude de etiquetas”, ya que la medida de seguridad es en sí una pena camuflada, donde se aplica al condenado obligándolo a hacer algo, siendo esto contrario al artículo 19 de la Constitución Nacional.

Conclusión: Curar o Castigar

Para Gonzales Zorrilla (2008) “la drogadicción y el uso ilícito de drogas debería tratarse como un problema de salud pública y de bienestar y no como problemas de carácter policial y judicial”. Sin embargo, es evidente cómo la legislación vigente en nuestro país ubica el consumo de sustancia en el doble registro de delito y enfermedad. Las intervenciones posibles en este marco ponen al profesional de la salud mental ante una opción que navegará entre el “Curar o Castigar”.

Nuestras prácticas profesionales (clínicas, docentes y de investigación) no están ajenas ni exentas de las simplificaciones, reduccionismos y condicionamientos que el marco legal introduce; por el contrario es un principio de honestidad intelectual admitir que, en una gran parte de los casos, las prácticas profesionales tienden a reproducir y amplificar los enunciados de una legislación que en más de 20 años de vigencia ha tenido, en el mejor de los casos, poco o nulo impacto sobre lo que denominamos drogodependencias (Gómez, 2007).

A modo de conclusión puede señalarse que la legislación represiva ha demostrado ser poco eficaz en cuanto sus objetivos explícitos de disminuir el consumo de ciertas sustancias y sus consecuencias nocivas sobre el sujeto. Según diversas estadísticas oficiales, el consumo de sustancias aumenta de manera creciente en los últimos años como también, el contexto delictivo asociados a las sustancias prohibidas, las consecuencias en la salud y el deterioro de las condiciones de vida en los segmentos de consumidores más vulnerables (Gómez, 2007; Slapak & Grigoravicius, 2006).

Slapak y Grigoravicius (2006) indican que la legislación prohibicionista aparece más bien como una legislación “simbólica”, en el sentido de ilusión represiva, como si la mera existencia de una ley que prohíba el uso o tenencia conllevaría en sí misma la eliminación del uso de drogas, sistema que en la actualidad ofrece serias dudas en cuanto a su eficacia real.

Si siguiendo a estos autores, es posible verificar, una vez más, la selectividad del sistema penal que tiende a funcionar como un

reproductor amplificado de la desigualdad social. La denominada “lucha contra las drogas” castiga más eficazmente a los eslabones inferiores de las cadenas como los consumidores o vendedores al “menudeo”, pero muy raramente a los altos mandos del narcotráfico (González Zorrilla, 1987; Tokatlian & Briscoe, 2010). De esta manera la legislación vigente parece responder a una configuración interdiscursiva que jerarquiza al enunciado “inseguridad” como emergente temático del malestar social (Gómez, 2007).

La guerra contra las drogas es una ideología, un dogma insensible a los hechos y despreciativo con las consecuencias. Las muertes por la guerra contra la droga superan ya en occidente a las provocadas por el actual conflicto en Siria (Ramm, 2016).

El mercado de la droga, sin regulación y sin licencia, es la forma más pura y más mortífera de capitalismo, ese que prioriza el beneficio por encima de todo. En tanto mercancía, las drogas ilegales hoy valen más, literalmente, que su peso en oro (Ramm, 2016).

Cuando tomaron estado público los denominados “Panamá Papers” revelaron cómo los gigantescos beneficios de los cárteles de la droga han sido blanqueados impunemente en el sistema financiero, mientras que en países como Argentina poseer pequeñas cantidades de marihuana puede acabar con un joven en la cárcel.

Como agentes de salud, es evidente que nuestro rol está marcado por el ocuparnos de aquellos sujetos que han entablado una relación tal con una sustancia que le ha ocasionado una diversidad de problemas, sociales, legales y de salud; pero es evidente que una legislación que confiere al sujeto el doble status de enfermo y delincuente condiciona tanto nuestro saber como nuestro hacer en el tema (Gómez, 2007).

Las legislaciones sobre drogas deben establecer una distancia entre el consumidor y el crimen, evitando convertir al toxicómano en delincuente y malograr toda posibilidad de integrarlo socialmente. La ayuda a aquellas personas para las cuales el consumo de sustancias es problemático no debe ser objeto de procedimientos penales (Gonzales Zorrilla, 2008).

Referencias bibliográficas:

- Cornejo, A. (1994). Los delitos del tráfico de estupefacientes. Buenos Aires. Editorial Ad-Hoc, 1994.
- Corte Suprema de la Nación. Collavini Ariel, 1978.
- Davenport-Hines, R. (2003). La búsqueda del olvido. Historia global de las drogas. Editorial Turner.
- Del Olmo, R. (1992). ¿Prohibir o domesticar?. Políticas de drogas en América Latina. Caracas: Editorial Nueva Sociedad.
- Escohotado, A. (1989). Epílogo. El orden de los argumentos en Historia de las drogas 3, (pp.349-365), Madrid: Historia Alianza Editorial.
- Escohotado, A. (1995). Sobre Ebriedad, El País. Recuperado el 2 de marzo de 2010 de <http://www.escohotado.com/articulos/sobreebriedad.htm>
- Garrone, J.A. (2008). Diccionario Manual Jurídico Abeledo- Perrot. 3ª Ed. Buenos Aires: Abeledo-Perrot, 2008.
- Gómez R. A.(2007). ¿De qué hablamos cuando hablamos de Drogas?. En Gómez, R. A. (comp.). Drogas y control social. (pp 103- 114). Córdoba: Editorial Brujas.
- González Zorrilla, (2009). *Legislación simbólica* y administrativización del derecho penal: la penalización del consumo de drogas. Ministerio de las relaciones con las cortes y de la secretaría de gobierno. Extraído el 10 de marzo de 2009 desde dialnet.unirioja.es/servlet/fichero_articulo?codigo=2529883&orden=0
- Hurtado, G., (s/d). Despenalización de la tenencia de drogas para consumo personal. El fracaso de la Guerra contra las Drogas. Publicacion WEB.
- Ley 23.737. Tenencia Y Tráfico De Estupefacientes. Recuperado el 7 de marzo de 2010 de <http://www1.hcdn.gov.ar/dependencias/cdrogadiccio/ley23737.htm>
- Mackinson, G. (1996). Jueces, leyes y drogas. En Barrionuevo, J (comp.), Drogadicción. Teoría y clínica (pp.107-112). Buenos Aires: El Espejo.
- Pardo, R. (2010). Introducción a un nuevo pensamiento sobre drogas. Nueve anomalías sobre el paradigma convencional y dos propuestas de nuevos caminos. En Tokatlian, J. G (Comp). Drogas y prohibición. Una vieja guerra, un nuevo debate. (pp 13-26). Buenos Aires. Libros del Zorzal.
- Ramm, B. (2016). At the United Nations, are we any closer to ending the global addiction to prohibition? OpenDemocracy.
- Rossi, A. (2001). *El rol de la mujer en el crimen organizado. Informe Argentina*. Università degli Studi di Palermo. Facoltà di Giurisprudenza

- e Criminología, diciembre. *Mimeo*.
- Santino, U.; La Fiura, G. (1993). *Detrás de la droga. Economías de supervivencia, empresas criminales, acciones de guerra, proyectos de desarrollo*. Rosario: Homo Sapiens Ediciones.
- Sassón, I. (2004). Reflexiones sobre la legitimidad constitucional de la penalización de la tenencia de estupefacientes para el consumo personal. Universidad Nacional del Nordeste. Comunicaciones científicas y tecnológicas Facultad de derecho y ciencias sociales de la UNNE. Extraído el 12 de abril de 2009 desde [www.unne.edu.ar / Web/cyt/com2004/1-Sociales/S-024.pdf](http://www.unne.edu.ar/Web/cyt/com2004/1-Sociales/S-024.pdf)
- Slapak, S. & Grigoravicius, M. (2006). Consumo de Drogas: La construcción social de un problema social. *Anuarios de investigaciones* Vol. 14 (pp. 239-249).
- Tokatlian, J. G. & Briscoe, I. (2010). Conclusión: drogas ilícitas y nuevo paradigma: hacia un debate posprohibicionista. En Tokatlian, J. G (Comp). *Drogas y prohibición. Una vieja guerra, un nuevo debate*. (pp 387-407). Buenos Aires. Libros del Zorzal.
- Uprimny, R (2003). *Drogas, derechos y democracias*. Seminario itinerante de política criminal POCAL.
- Zaffaroni, E. (1994). Sobre cuestiones legales en drogadicción. En Barrionuevo, J (comp.), *Drogadicción. Teoría y clínica* (pp.113-120). Buenos Aires: El Espejo.

DROGAS Y DROGODEPENDENCIAS, ELEMENTOS PARA UNA PERSPECTIVA HISTÓRICA COMPLEJA

Raúl Ángel Gómez

La utopía reaccionaria es imaginar y actuar como si la libertad de las personas se defendiera quitándoles la libertad a esas personas.

Mikel Isasi 1997.

Introducción

Si partimos de una afirmación común podemos decir que todos tenemos opiniones y puntos de vistas sobre los hechos y fenómenos que nos rodean. Nuestras experiencias anteriores combinadas con nuestro sistema de valores y creencias forman nuestras impresiones generales sobre el mundo. Estas impresiones condicionan tanto nuestros sentimientos como nuestro comportamiento ante determinadas situaciones.

En el caso de la problemática de las drogas y sus usos generan especialmente cogniciones, sensaciones y sentimientos a veces contradictorios y confusos. Regularmente al acercarnos a estos temas surgen sentimientos de temor, rechazo o angustia. Las vivencias personales, las experiencias profesionales, los discursos

de los medios de comunicación social, etc. constituyen un bagaje que podríamos denominar “saberes previos”. La experiencia indica que en la temática de las drogodependencias se vuelve imperativo, para un abordaje eficaz y racional del problema, confrontar este bagaje con los saberes y evidencias provenientes de las disciplinas científicas (Gómez, 2007; Nowlis, 1975).

Como hemos referido en el capítulo 1 del presente texto el problema del consumo de drogas ha sido muchas veces mal definido utilizando conceptos globales y onmiexplicativos, poniendo en evidencia la existencia de un sistema de creencias generalizadoras constituidas por una diversidad de mitos y estereotipos en relación al tema drogas (Gómez, 2007). Es por ello que un problema complejo como el uso de drogas requiere y admite múltiples lecturas desde un enfoque multidisciplinario o interdisciplinario. Como decíamos en el capítulo uno de este texto más que una disciplina o ciencia de la drogadicción lo que encontramos es una *región interdisciplinaria*, constituida fundamentalmente en la intersección de, por lo menos, tres disciplinas: la psicología, la farmacología y el derecho (Vida, 2007).

En el mismo sentido ya varios autores han señalado la necesidad de confrontar entre paradigmas tradicionales y los nuevos enfoques, construyendo el debate sobre la información proveniente de una sólida base científica (Gómez, 2007; Nowlis 1975; Slapak, & Grigoravicius, 2006). Tomando a Nowlis (1975) en el problema de las drogas y su consumo se requiere una definición meticulosa, que sea más descriptiva que pasional, una ponderación y selección de métodos, instrumentos y estrategias adecuados al problema planteado y una evaluación constante del progreso, la identificación de errores y el deseo de ensayar nuevos enfoques cuando fallen los tradicionales.

Hasta hace poco tiempo los enfoques y desarrollos en relación al uso problemático de drogas estaban hegemonizados por una perspectiva reduccionista del fenómeno desde lo que podríamos llamar un paradigma simplista (Slapak, & Grigoravicius, 2006; Gómez, 2007). Estos desarrollos, frecuentemente, se centraban en la información sobre las drogas, dando particular preeminencia a los aspectos biológicos y/o farmacológicos, reduciendo el problema

a los efectos –sobre todo nocivos- que las sustancias producen sobre el organismo (Pantoja y Abeijón; 2004; Tokatlian & Briscoe, 2010).

La perspectiva tradicional y hegemónica aquí descrita implica un centramiento en el “objeto” droga, produciendo el esperable corrimiento y/o desconocimiento, al menos parcial, de “sujeto” que establece una relación problemática con la sustancia. La consecuencia lógica de este modelo es que imposibilita interrogar sobre las intervenciones, los dispositivos asistenciales, las políticas sobre el consumo problemático de drogas y su eficacia; generando, adicionalmente, un reforzamiento de los estereotipos que aún impregnan las prácticas preventivas, asistenciales y de formación de recursos humanos en la temática (Gómez, 2007, Nowlis 1975; Tokatlian 2010).

La condición de “paradigma” o modelo, atribuible a la perspectiva tradicional en el campo de las drogodependencias, ha dado lugar a que algunos autores (Pardo, 2010) propongan una descripción y análisis de la situación actual recurriendo a las categorías propuestas por el historiador y filósofo de la ciencia Tomas S. Kuhn. Para Tomás Kuhn (1975) los paradigmas son realizaciones científicas universalmente reconocidas que, durante cierto tiempo, proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica.

En su reconocido trabajo, Kuhn (1975), sobre lo que denomina “*La estructura de las revoluciones científicas*”, describe el proceso que ocurre en el pensamiento científico cuando un cuerpo de conocimientos, que ha sido convencionalmente aceptado como dominante y hegemónico, pierde la capacidad y fuerza de explicación sobre los eventos y/o fenómenos que intentaba dar cuenta. Algunos hechos observados no corresponden con lo prescripto por la teoría convencional; entonces se producen, al decir de Kuhn, las *anomalías*.

En este momento la teoría convencional sigue dominando el pensamiento en el campo de las drogodependencias, pero aunque sea de manera marginal se observan hechos y eventos que no encajan, sin llegar a desvirtuar o contradecir el cuerpo principal del *paradigma dominante*.

Ahora bien, cuando el número de anomalías adquiere una cierta dimensión y número se pone en cuestión la teoría misma y se genera un conjunto de conceptos diferentes que conforman una nueva teoría que posee una mayor fuerza explicativa sobre ese conjunto de hechos y/o fenómenos, naciendo de esta manera un nuevo paradigma (Kuhn, 1975).

Como es conocido, el centro del escrito de Kuhn es la física teórica pero, haciendo quizás un abuso de la analogía, podemos decir que el momento actual en el campo de las drogas y la drogodependencia lo que está ocurriendo es que el paradigma dominante, la teoría convencional y hegemónica ha perdido fuerza explicativa, ha comenzado a acumular anomalías, ha dejado de ser un modelo-guía coherente y por lo tanto las acciones -asistenciales, preventivas, educativas- que de ella se derivan acumulan fracaso tras fracaso (Pardo, 2010).

Siguiendo a Kuhn (1975), podemos decir que en el campo de la drogodependencia el paradigma está en crisis y hay que reemplazarlo. Sobre todo teniendo en cuenta que dicho paradigma prescribe el conjunto de acciones, legales, preventivas, asistenciales, científicas y de formación que rigen en este campo (Pardo, 2010).

Las herramientas para una perspectiva histórica compleja

La posibilidad de superar los problemas generados por los enfoques tradicionales es la construcción contra-hegemónica de una perspectiva interdisciplinaria, compleja e historicista que permita el desarrollo de una mirada que pueda atender a todos los elementos que componen el fenómeno de la drogodependencia y su complejidad. Se propone entender el tema de la drogodependencia como una totalidad determinada por la interacción de los diversos elementos - Droga, sujeto, sociedad- que no pueden considerarse aisladamente o independientes. Helen Nowlis (1975) señalaba hace décadas que el camino inverso a una perspectiva compleja nos condenaba a buscar “para cada problema una solución rápida, simple y... equivocada”.

Si tomamos los primeros años del siglo XXI como una “época caracterizada por multiplicidad de cambios sociales, políticos,

económicos, tecnológicos y culturales”, nos encontramos con el concepto de postmodernidad como definición del periodo histórico (Lyotard, 1993).

En este marco la concepción dominante que asocia directamente el consumo de sustancia con el estereotipo del consumidor como delincuente o desviado, es incapaz de responder o poder explicar los consumos problemáticos. (Gómez y Calabrese, 2012).

Las ideas que asocian el consumo con la satisfacción de variadas necesidades sociales, hedónicas y emocionales son compatible con un clima de época, donde el consumismo es un atributo central de la sociedad actual y se convierte en la principal fuerza que pone en movimiento a toda la sociedad de consumidores. Una época donde el consumo ha desplazado al trabajo como principal actividad movilizadora de la sociedad (Bauman, 2012).

Para acercarnos a la problemática del consumo de drogas indagando las diversas dimensiones que se ponen en juego proponemos recurrir, en primer lugar, al denominado “*Paradigma de la Complejidad*” (Morin, 2000). Morin propone las herramientas para ver los fenómenos integrados, porque pone el énfasis ya no en sustancias sino en emergencias, interacciones.

Edgar Morin, basado en la teoría de la información y de los sistemas, la cibernética y en los procesos de autoorganización biológica, construye un método que intenta estar a la altura del desafío de la complejidad.

De acuerdo a Moreno (2002) el *Paradigma de la Complejidad* se puede entender en dos sentidos: uno psicológico, como la *incapacidad* de comprensión de un objeto que nos desborda intelectualmente. Y otro epistemológico, como una *relación de comprensión* con algo que nos desborda (un objeto o un fenómeno). Pero podemos tener una comprensión parcial y transitoria de ello.

De esta manera, en el primer sentido se dice que algo es complejo porque no lo podemos comprender o porque es complicado o confuso. En el segundo sentido se dice que algo es complejo porque tenemos una comprensión distinta, que no podemos reducir a una comprensión simplificada. (Moreno, 2002).

De acuerdo a Moreno (2002) lo que hoy día se entiende como teoría de la complejidad, es derivado de los desarrollos provenientes de la sistémica, de la cibernética y de la teoría de la información. Pero el autor advierte que no debe confundirse con esos desarrollos, porque la complejidad apareció como concepto sólo cuando esos desarrollos permitieron entender el papel constructivo, negantrópico, del desorden, de la incertidumbre, de lo aleatorio y del evento.

En general, el conocimiento complejo tiene más un carácter de “comprensión”, soportado y justificado por algunas explicaciones de las ciencias naturales, pero no se agota en la relación de unas pocas variables, sino que siempre supone “algo más”. Es una comprensión a la que no se llega, sino hacia la cual el pensamiento se orienta. La búsqueda y los planteamientos de la complejidad funcionan como ejes orientatorios, es decir, como ideas que orientan una actividad, pero que nunca se alcanzan por completo. Resulta inapropiado hablar de “teoría” compleja, o del conocimiento complejo como una “disciplina”, a no ser que se tenga en cuenta siempre su necesaria incompletitud (Moreno, 2002).

En síntesis, la complejidad es un modo de pensamiento que vincula tanto el orden, lo universal y lo regular, como el desorden, lo particular y el devenir.

En la temática de la drogodependencia se trata de entender este tema como totalidad determinada por la interacción de diversos elementos que no pueden ser considerados aisladamente.

Cuando hicimos referencia al enfoque tradicional y hegemónico del “*problema de la droga*” señalábamos la excesiva simplificación y/o homogenización del tema, como si este fuera un único fenómeno atemporal y ahistórico. En la actualidad hay acuerdo para afirmar que las drogas y sus consumos constituyen un fenómeno plural, con diversas expresiones, de acuerdo a la cultura, las condiciones históricas, el modo de producción, la situación particular de la sociedad, la diversidad de significados asignados a las sustancias y la diversidad de sustancias existentes (Touzé, 2006).

Muchas de las sustancias psicoactivas, que hoy llamamos drogas, están disponible para el uso humano desde hace miles de

años y de hecho la humanidad hizo uso de ellas durante siglos, tanto como facilitadoras del vínculo social como vehículo y/o asistente en la vinculación con lo sagrado y místico. Excepto las comunidades que habitan zonas sin vegetación alguna como el ártico, no es posible encontrar un grupo humano que no haya hecho uso de sustancias psicoactivas desde tiempo inmemoriales hasta el presente (Escohotado, 1990).

Como decíamos en la presentación de este texto distintas sociedades han conocido y usado para distintos fines, individuales o colectivos diferentes productos químicos a fin de alterar sus estados de ánimos, estimularse, sedarse, modificar su percepción y diversos procesos cognitivos (Davenport-Hines, 2003). Estas referencias ilustran claramente la necesidad de un enfoque que incorpore la dimensión histórica en la temática de lo que denominamos drogodependencia.

La condición plural del fenómeno se pone en evidencia cuando el consumo de las hoy llamadas drogas se presenta en una pluralidad de tiempos, en una variedad de lugares y a través de una diversidad de prácticas humanas. Trabajar en la temática de las drogodependencias es trabajar con diferentes personas que consumen drogas, en diferentes situaciones y con diferentes consecuencias (Ver Capítulo 5).

Por todo esto es que se considera más que importante incorporar la perspectiva histórica en la drogodependencia. La historicidad del tema nos permitirá comprender la evolución de un fenómeno milenario que encuentra diferentes particularidades según el contexto histórico-social de que se trate. Tal como señalan Slapak, & Grigoravicius, (2006) el consumo de algunas sustancias que para nuestra cultura y momento histórico son de uso cotidiano, como el café, el alcohol o el tabaco, fue severamente prohibido y reprimido en otros momentos y por otras sociedades; por el contrario se permitía y alentaba el uso de ciertas sustancias como el cannabis, el opio o plantas alucinógenas, que hoy en día se encuentran prohibidas en nuestras sociedades occidentales.

La perspectiva histórica para el análisis de los fenómenos designados bajo la problemática de las drogas y sus consumos pre-

tende dar cuenta de los procesos heterogéneos que los configuran como fenómenos a partir de distintas prácticas históricas de saber y poder, y en diferentes ámbitos. De esta manera “*el problema de la droga*” deja de ser un problema de sustancias (objetos) sino de sujetos que tienen o no problemas con las drogas y sus usos. Cuyos vínculos con las sustancias son una construcción subjetiva, social e histórica.

Un recorrido histórico básico puede mostrarnos cómo, en poco menos de un siglo, el consumo de drogas pasó de ser una práctica privada a ser valorada como un indicador de la “debilidad moral” que estigmatizaba a los grupos considerados amenazantes para la sociedad norteamericana: chinos, negros, latinos, irlandeses, e italianos. Para, finalmente, llegar a ser durante el siglo XX un delito de carácter internacional mediante los tratados y convenciones internacionales vigentes (Davenport-Hines, 2003; Touzé, 2006, Pardo, 2010).

De lo simple a la complejidad. Sujetos, sustancias y sociedad

Cuando se hace referencia a los modelo(s) de abordaje de la drogodependencia se está haciendo referencia a las diferentes perspectivas que se pueden tener de este fenómeno. Es evidente que no existe un acuerdo generalizado de lo que se entiende por drogodependencia (Gómez, 2007). La concepción de “Modelo” designa un esquema sintético y abstracto que ordena en una construcción rigurosa los elementos de la realidad (Nowlis, 1975).

Este esquema está construido ideológicamente; de manera tal que el orden o importancia que se le asigne a cada elemento de esta realidad (sujeto, droga, sociedad) dependerá de una determinada visión del mundo. De esta manera es que varía la definición del problema a ser abordado y, por ende los objetivos de las acciones que se emprenden tanto en lo preventivo, lo asistencial y lo educativo. Las concepciones dominantes determinan la forma de construir cognitivamente el problema de las drogodependencias, su abordaje, asistencia y prevención (Nowlis, 1975; Becoña Iglesias, 2002).

De esta manera es que encontramos modelos de abordaje que utilizan categorías analíticas diversas y muchas veces contrapuestas. En un trabajo considerado pionero y clásico hoy, Helen Nowlis (1975) identificaba los tres elementos básicos que, explícita o implícitamente, estaban en juego en los fenómenos inherentes al consumo de drogas. Estos elementos eran: **la sustancia, el sujeto que la usa y el contexto social en la que acontece el uso.**

La autora señala que hay diversos puntos de vista sobre el uso de drogas y los tres elementos que interactúan -la sustancia, la persona que la usa, y el contexto-. Por lo que la naturaleza y la importancia relativa asignada a cada uno de los tres elementos, determina cada uno de estos puntos de vista sobre el problema. Por lo tanto, las miradas son distintas en sus supuestos acerca de las drogas, los individuos y el contexto social y cultural (Nowlis, 1975).

Corriendo el riesgo de una excesiva simplificación y aun reconociendo que hay muchas variantes en cada uno de ellos, estos puntos de vista pueden describirse como ejemplos de la diversidad de supuestos y creencias acerca de las drogas, los individuos y las sociedades.

Estos tres factores están presentes cualquiera que sea el modo de abordar el tema. Pero, como señalábamos en el apartado anterior, haciendo referencia al paradigma de la complejidad, cada elemento es a su vez complejo. De acuerdo al grado relativo de complejidad que se le asigne a cada uno de ellos puede inferirse tanto los supuestos implícitos que subyacen a la concepción del tema como las dimensiones ideológicas que adquiere el problema (Gómez, 2007; Nowlis, 1975).

Nowlis (1975) indica que cuando la complejidad de cada uno de los tres elementos es ignorada o simplificada al extremo, las medidas que se tomen para modificar el comportamiento de quienes consumen drogas tendrán una eficacia mínima. En las drogodependencias hay un grado de complejidad mayor que el que las miradas sustentadas en el sentido común pueden esperar y desear.

Estas miradas tienen implicancias marcadas en diversos ámbitos, como en la salud, la legislación, la educación, como así también en los ámbitos académicos, en los cuales el centro de las

preocupaciones e intervenciones estuvo -y está aún- puesto por mucho tiempo en determinadas sustancias (ilegales generalmente) y determinados grupos sociales en detrimento de otros (Slapak, & Grigoravicius, 2006).

Esta situación incide sobre todo en la implementación de las políticas públicas sobre drogas, que suelen reducirse, en la mayoría de los casos, a la represión y al castigo. Verificándose una mínima o nula eficacia en la reducción de los problemas derivados del consumo de drogas (Slapak, & Grigoravicius, 2006, Hurtado, *s/d*).

Como se ha señalado anteriormente es en la excesiva simplificación y sesgo temático donde debe buscarse no sólo la causa de los reiterados fracasos en las intervenciones sobre las drogas y su consumo, sino de un problema quizás mayor: la hegemonización de las prácticas desde modelos de abordaje que estigmatizan, reproducen mitos y estereotipos que poco tienen que ver con la salud y el cuidado de las personas (Gómez, 2007; Davenport-Hines, 2003, Gonzalez Zorrilla; 1989).

Por esto, la indagación y conocimiento sobre algún aspecto del consumo y abuso de drogas tiene como condición considerar al propio objeto de estudio como un fenómeno de alta complejidad. Consideración de complejidad que implica confrontar los enfoques simplificadores que “naturalizan” tanto las concepciones como las prácticas de ellas derivadas (Slapak & Grigoravicius, 2006; Davenport-Hines, 2003; Touzé, 2006).

Mitos, prejuicios y estereotipos en drogodependencia

Un mito, al igual que el resto de los fenómenos del lenguaje, está formado por unidades que se relacionan con una amplia red de significados. Así, los fenómenos culturales pueden considerarse como producto de un sistema de significación que se define sólo en relación con otros elementos dentro del sistema, como si fuera el propio sistema quien dictase los significados. Todo código de significación es arbitrario, pero resulta imposible aprehender la realidad sin un código (Lévi-Strauss, 1966).

Esto que Levi-Straus (1996), ha planteado desde el estructuralismo, se dinamiza y completa con la noción de Formación Discursiva de Foucault (2002), quien entiende a ésta como un conjunto de reglas, enunciados, objetos que responden a un régimen propio de formación, emergencia, aparición y constitución. La formación discursiva no es una figura inmóvil sino que se halla expuesta a una constante transformación y dispersión como resultado de la coexistencia de otros discursos (Foucault, 2002) y en este sentido, cuando hablamos de formación discursiva, podemos pensar que ésta es parte, también, de una Formación Ideológica.

Foucault plantea que en sociedades como la nuestra existen procedimientos de exclusión discursivos, tipos de prohibiciones que se cruzan o se compensan, formando una compleja malla que no cesa de modificarse. Esto está profundamente relacionado con lo verdadero y lo falso en los discursos, en donde estos sistemas de exclusión imponen palabra prohibida y las formas de decir.

Por ello, el análisis de una formación o campo discursivo, a diferencia del análisis de un pensamiento que es siempre alegórico respecto de aquello que se quiere decir, se orienta a capturar el momento de singularidad de su propio acontecer. Por eso, este tipo de análisis procede tratando de determinar sus condiciones de existencia, su regularidad, sus límites, las correlaciones con otros enunciados y mostrar cuales son los que se excluyen a partir de su formulación (Foucault, 2002).

Althusser (2005), por su parte, define la ideología como “un sistema (que posee su lógica y riesgo propios) de representaciones (imágenes, mitos, ideas o conceptos según los casos) dotados de una existencia y de un papel histórico en el seno de una sociedad dada”. Agregando a modo de síntesis que “la ideología es una representación de la relación imaginaria de los individuos con sus condiciones materiales de existencia”.

Complementando su tesis Althusser (2005) plantea que “unos de los efectos de la ideología es la negación práctica por la ideología del carácter ideológico de la ideología (...) la ideología no tiene afuera”. El efecto concreto de esto, es que la ideología es lo que hace que los sujetos “marchen solos”, sin preguntarse dema-

siado adonde van. Este “marchar solos” es el proceso elemental que reproduce la ideología dominante en el seno del cuerpo social. De esta manera, para este autor, la ideología es material, en tanto las ideas son actos materiales insertos en prácticas materiales, reguladas por rituales materiales (Althusser, 2005).

Como señalábamos en el apartado anterior las intervenciones y prácticas derivadas de las concepciones simplistas y hegemónicas han carecido de eficacia en el abordaje de los problemas (personales y sociales) derivado del consumo de las drogas. Sin embargo han sido muy eficaces como discurso contribuyendo a cristalizar una serie de percepciones acerca de las sustancias y sus consumidores, percepciones que en los discursos sociales, sobre las drogas y sus usuarios, se encuentran fuertemente arraigadas (Slapak & Grigoravicius, 2006).

Hoy, para la gran mayoría de la población, incluidos los propios usuarios de drogas, las drogas se delimitan, se definen y causan efectos según lo describen los estereotipos socialmente anclados. Y son precisamente las formaciones discursivas y por ende formaciones ideológicas la fuente de los mayores equívocos en este tema y en especial de la creación de los estereotipos en que hoy se basa la percepción social de la drogodependencia y las drogas (González Zorrilla,; 1987).

Analizar las formaciones ideológicas y discursivas, identificando ciertos grupos de representaciones acerca de las drogas y sus usos, que predominan en la fase actual de la sociedad capitalista, permitiría problematizar a las nociones dominantes en esta temática. De esta manera se estaría en condiciones de “desnaturalizar” el sistema de representación sobre el problema de “la droga” (Gómez, 2007).

Es así que, desde este sistema de representación se establecen mitos o estereotipos que homologan la droga con los efectos letales de una sustancia demonizada y fetichizada (Ryan y col.; 1999).

Los mitos y estereotipos más difundidos y arraigados sobre las drogas y su consumo en nuestra sociedad fueron descritos y sistematizados por Gonzales Zorrilla (1987) en un trabajo pionero, que señalaba, entre otras cuestiones, la carga ideológica que subyace a la concepción de “enfermo-delincuente”. En el capítulo 8 de

este libro estos mitos y estereotipos son revisados y descritos en relación al rol de los medios de comunicación en la construcción social de esta problemática.

Este autor (Gonzales Zorrilla, 1987) sostiene que esta identificación de la drogodependencia con la enfermedad causada por un agente patógeno externo permite abordar el problema del consumo de sustancias psicoactivas en términos estrictamente ideológicos y morales: frente a la «epidemia» de la droga, la única actitud que se demanda es un posicionamiento igualmente ideológico, la lucha del bien contra el mal.

En este sentido, las representaciones que asocian drogas-cultura juvenil y drogas-desviación, y las políticas públicas a las que dan lugar tienen un efecto concreto: el de servir como mecanismos de control del sector social representado por los jóvenes, vistos como peligrosos en la medida que aumentan sus dificultades para acceder al mundo adulto. Al mismo tiempo, este sistema de creencias ofrece la posibilidad de encontrar consensos, y apoyos en la sociedad de los adultos, que tienden a “cerrar filas” frente al inquietante fenómeno de la drogodependencia y, en definitiva, a poner en segundo plano las contradicciones y desigualdades presentes en nuestra sociedad (Gómez, 2007).

El modelo o paradigma dominante en esta temática ha promovido la identificación droga-enfermedad, droga-delinuencia, ha puesto en marcha mecanismos que han acentuado la exclusión y el control de grandes sectores de la sociedad, ahondando la brecha entre los sectores integrados y los excluidos; los marginados entre los que pueden contarse buena parte de la juventud, sobre todo la perteneciente a los estratos sociales más empobrecidos (Gonzales Zorrilla, 1987; Gómez, 2007). Los estereotipos y mitos descritos por Gonzales Zorrilla (1987) evidencian el sustrato ideológico que los alimenta: el “problema de la droga” parecería tener, desde esta perspectiva, una cualidad ontológica; no respondería, pues, a un proceso de construcción social e histórico (Slapak & Grigoravicius, 2006).

Por el contrario, los discursos y elaboraciones que afirman y sostienen que la “cuestión de la droga” no posee una cualidad

ontológica sino que, por el contrario, obedece a un proceso de construcción social e histórico complejo conducen a otro problema, que se plantea cuando se reflexiona en torno a la cuestión: no es posible continuar abordando esta problemática desde un perspectiva simplista, ahistórica y sin sustento científico (Slapak & Grigoravicius, 2006).

Un nuevo pensamiento sobre el tratamiento del fenómeno del consumo de las drogas, sus causas y sus consecuencias debe construirse (Tokatlian & Briscoe, 2010). Esta construcción de un nuevo enfoque se vuelve imperativa, teniendo en cuenta que el paradigma tradicional, hoy dominante, prescribe el conjunto de acciones, legales, preventivas, asistenciales, científicas y de formación que rigen en el campo de las drogodependencias (Hurtado, s/d).

Es menester destacar que la elaboración de una perspectiva interdisciplinaria, compleja e historicista de las problemáticas de las drogas y sus usos, implica la necesidad de confrontar con los paradigmas tradicionales. Esta confrontación tiene como condición necesaria que el debate se desarrolle sobre la información proveniente de una sólida base científica.

Tanto el capítulo anterior sobre historia de la legislación penal de las drogas y sus consumo, como los capítulos ulteriores están al servicio de generar los insumos y herramientas para desarrollar en los profesionales de la salud mental una mirada crítica y “deconstructiva” del paradigma dominante y hegemónico en la temática de las drogas y las drogodependencias.

En efecto, por ejemplo, el análisis de las normas-regulaciones y su devenir histórico-social puede ser una alternativa sensata para la búsqueda de soluciones, pues, la historia dictamina que esa obsesión por controlar penalmente un determinado problema social, acaba siempre por vulnerar las esferas más íntimas de la personalidad humana y se muestra, además, incapaz para alcanzar los fines que pretende.

Referencias bibliográficas.

- Althusser, L. (2005). *Ideología y aparatos ideológicos del estado. Freud Y Lacan*. Buenos Aires: Nueva visión.
- Bauman, Z. Vida de consumo. Fondo de cultura económica. 2012.
- Becoña Iglesias E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid.
- Davenport-Hines, R. (2003). La búsqueda del olvido. Historia global de las drogas. Editorial Turner.
- Escotado, A. (1990). Epílogo. El orden de los argumentos en Historia de las drogas 3, (pp.349-365), Madrid: Historia Alianza Editorial.
- Foucault, M (2002). La arqueología del saber. Editorial Siglo Veintiuno, 19º edición; Madrid.
- Gómez R. A. (2007). ¿De qué hablamos cuando hablamos de Drogas?. En Gómez, R. A. (comp.). *Drogas y control social*. (pp 103- 114). Córdoba: Editorial Brujas.
- Gómez, R. Á., & Calabrese, A. Introducción al campo de las drogodependencias. Editorial. Brujas. 2012
- González Zorrilla, C. (1987). Drogas y control social. *Revista poder y control*, nº 2, pp. 49-65.
- Hurtado, G., (s/d). Despenalización de la tenencia de drogas para consumo personal. El fracaso de la Guerra contra las Drogas. Publicación WEB.
- Kuhn, T. S. (1975). La estructura de las revoluciones científicas. México D. F. Fondo de Cultura Económica.
- Lévi-strauss, C. (1996). Raza y cultura. Colección Teorema. Ediciones Cátedra, Madrid.
- Liotard, J. F. La condición postmoderna: informe sobre el saber. Planeta-Agostini. 1993.
- Moreno, J. C. (2002). Un Marco para la complejidad. Capítulo en Velilla, M A. (Comp) Manual de iniciación pedagógica al pensamiento complejo. (pp 7- 24) Bogotá. Instituto colombiano de Fomento de la educación superior- UNESCO.
- Morin, E. 2000. El método II: La vida de la vida. Cátedra. Madrid.
- Nowlis H. (1975). *La verdad sobre la droga*. París: UNESCO.
- Pantoja, L & Abeijón, J A. (2004). Los Medios de comunicación y el consumo de drogas. Ed. Publicaciones de la universidad de Deusto. Bilbao, España.

- Pardo, R. (2010). Introducción a un nuevo pensamiento sobre drogas. Nueve anomalías sobre el paradigma convencional y dos propuestas de nuevos caminos. En Tokatlian, J. G (Comp). *Drogas y prohibición. Una vieja guerra, un nuevo debate.* (pp 13-26). Buenos Aires. Libros del Zorzal.
- Ryan, S; Rivero, M y Touzé, G. (1999). “ La capacitación docente como estrategia preventiva”. Publicación técnica de FAT (Fondo de Ayuda Toxicológica) N° 18.
- Slapak, S. & Grigoravicius, M. (2006). Consumo de Drogas: La construcción social de un problema social. *Anuarios de investigaciones* Vol. 14 (pp. 239-249).
- Tokatlian, J. G. & Briscoe, I. (2010). Conclusión: drogas ilícitas y nuevo paradigma: hacia un debate posprohibicionista. En Tokatlian, J. G (Comp). *Drogas y prohibición. Una vieja guerra, un nuevo debate.* (pp 387-407). Buenos Aires. Libros del Zorzal.
- Touzé, G. (1995). “La construcción social del problema droga” En Medina Varón, P; Guy-Réal Thivierge (ed) *La investigación en toxicomanía: Estado y Perspectivas*” (pp.13-39). Medellín: FUNLAM.
- Touzé, G. (Organizadora) (2006). *Saberes y prácticas sobre drogas: el caso de la pasta base de cocaína.* Editado por Intercambios Asociación Civil y Federación Internacional de Universidades Católicas, Buenos Aires.
- Vida, E. (2007). Estudios arqueológicos de la drogodependencia. Capítulo en Gómez, R. A. (comp.). (2007). *Drogas y control social.* (pp 67-88) Córdoba: Editorial Brujas.

CUANDO LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN HABLAN DE DROGAS

Florencia Serena

“Ellos no lo saben, pero lo hacen”

Karl Marx

Introducción

En la sociedad actual, los medios de comunicación han alcanzado un alto nivel de significación social, convirtiéndose así en agentes de socialización junto con la escuela y la familia.

Los medios de comunicación, a través de diferentes estrategias, logran invisibilizar o visibilizar fenómenos. Lo que no tiene tratamiento en los medios de comunicación, aparece por fuera del campo de atención de la opinión pública y pasan a ser hechos o fenómenos invisibles. Por el contrario, aquellos fenómenos que tienen tratamiento en los medios, (cargados de imprecisiones y sensacionalismos) pasan a formar parte de la cotidianidad de aquellos individuos que acceden a los medios de comunicación.

Para Perales Albert (s/d), algunos de los factores estructurales que contribuyen a consolidar el papel fundamental de los medios de comunicación, son:

- El nivel de desarrollo económico, con la importancia de la información como sector cuaternario.
- La globalización de las comunicaciones.

- El desplazamiento del punto de referencia de la autopercepción social del ámbito de la producción (trabajadores) al ámbito del consumo (usuarios).
- La posibilidad que tienen los ciudadanos de intervenir en la toma de decisiones públicas, no solo a través de los canales de participación política, sino también a través de la progresiva vertebración de llamada sociedad civil, entendiendo por esta última, todo aquello que compone una sociedad, excluido el estado.

A partir de esto, los fenómenos aparecen sesgados según los intereses políticos y económicos a los que responden, contribuyendo a la confusión y desinformación de los usuarios de los *mass media*, en detrimento de una visión crítica que considere todas las aristas de un fenómeno en particular.

Para empezar a comprender el tratamiento de los hechos y fenómenos en los medios de comunicación hay que tener en claro que, como afirma Sanchez Noriega (1997) en Vega Fuente (2004), ellos son montajes artificiales ya que elaboran mensajes orientados a fines específicos; construyen su propia realidad; los destinatarios intervienen en la atribución de un sentido ya que recibimos la comunicación a través del filtro de nuestras necesidades personales: tienen implicaciones comerciales, sociales y políticas, etc.

El objetivo explícito de este capítulo es dotar al alumno de herramientas para una lectura no inocente de los distintos discursos sobre drogas que se infiltran en lo que se da a llamar “las noticias”, presentadas por los medios como un discurso objetivo, irrefutable y “oficial”.

Desarrollo

Existen diferentes teorizaciones en lo que refiere a los efectos de los medios de comunicación. Entre ellas, para Perales Albert (s/d), pueden identificarse dos modelos en particular: a) El modelo determinista, que considera que la relación entre los mensajes de los medios y los receptores sigue el esquema conductista Estímulo-

Respuesta. Desde este punto de vista, los medios condicionan de un modo casi mecánico las opiniones, las actitudes y, fundamentalmente, las conductas de los sujetos, pudiendo modificar sus hábitos y creencias; b) El modelo de influencia, según el cual los medios de comunicación definen en primer lugar la agenda de temas de los ciudadanos, de modo que lo que no aparece en los medios queda fuera del campo de atención de la opinión pública y es como si no existiese, siendo generalmente su efecto el de refuerzo de actitudes de rechazo y eliminación de las disonancias.

De acuerdo al modelo de la influencia, la *teoría de la espiral de silencio*, elaborada por Noelle Newman en 1974, parte del supuesto básico de que la mayor parte de la gente tiene miedo natural al aislamiento, por lo que al dar sus opiniones tratan primero de identificar una opinión consensuada para luego sumarse a la opinión mayoritaria. En esta disyuntiva la fuente principal de información sobre el consenso serán los medios de comunicación, y éstos definirán la agenda-setting sobre los asuntos de que se trate. Este fenómeno se define como una espiral de silencio, porque la lógica que subyace sostiene que cuanto más se difunde la versión dominante del consenso de opinión a través de los medios, más guardarán silencio las voces individuales contrarias, con lo que se produciría un espiral (García Madrigal, 1991). Para estos autores, los medios se dirigen al conjunto de una colectividad ejerciendo una potente labor socializadora, al proponer modelos de actuación, a la vez que se convierten en fuentes de conformidad, control y reproducción social. Operan sobre el nivel cognitivo elaborando representaciones o visiones del mundo que proponen a los sujetos.

La particular influencia de los medios de comunicación se concretaría a través de mecanismos de presión ambiental con un efecto de amplificación o unificación temática, creadora de una mayoría silenciosa incapaz de compartir públicamente su postura, cuando la posición de la media aparece como contraria.

En esta misma línea de pensamiento, Saperas (1987) afirma que los medios prestan atención a un tema y silencian otros, lo cual conlleva un efecto sobre la opinión pública, puesto que la gente tiende a incluir o excluir de sus propios conocimientos lo que los

medios incluyen o excluyen de su propio contenido. Los medios son importantes porque orientan al individuo en sus pensamientos al ofrecerle unos determinados temas, no es que digan qué han de pensar, sino que orientan sobre lo que ha de pensarse.

Así, Fernández-Cod y otros (1996) sostienen que, si los medios de comunicación no consiguen imponer a la gente lo que debe pensar, es capaz de decir al público en torno a qué temas deben pensar algo. Así se viene confirmando la tesis de la agenda-setting, que devela el impacto directo sobre los destinatarios, a partir de una dependencia cognoscitiva hacia los medios; ese impacto se manifiesta tanto por la propia selección de temas, problemas, acontecimientos, como por la jerarquía y orden de prioridad con que son tratados en los medios.

De acuerdo a lo anteriormente dicho, de acuerdo con García Madrigal (1991), los sujetos en su necesidad de familiarizarse con el entorno que los circunda se orientan a los medios de comunicación y así estos últimos se convierten en intermediadores e intérpretes de la realidad social, ofreciéndole al sujeto una serie de representaciones del mundo a través de determinados temas.

Varios autores han desarrollado una línea de investigación amplia sobre los medios como constructores de realidad. La tesis básica de estos investigadores es que el mundo simbólico de los medios modela y “cultiva” las concepciones del público sobre el mundo real. Los sujetos, es decir, adoptan los mundos simbólicos de los medios como si fueran un reflejo de la realidad, interiorizando así sus supuestos convencionales y estereotipados (García Madrigal, 1991).

Para Rekalde (s/d), en esta época dominada por la comunicación, la imagen y la construcción virtual de la realidad, juegan muchas veces un papel mayor que la propia realidad y la representación de los contenidos tiene mayor peso que los mismos contenidos. En este sentido, los constructores y transmisores de representaciones sociales son verdaderos actores activos de los procesos sobre los que informan. Esta definición surge de la elaboración en términos de creación de sentidos y construcción de la realidad.

Por lo general en los medios de comunicación, para Fernández Obregón (1999) se pueden distinguir dos grandes apartados:

- En el primero, el relato periodístico se construye a partir de los resultados de encuestas, estudios, informes, opinión de expertos, etc., que proceden de diferentes organismos o instituciones. Este tipo de noticias contribuyen a reforzar una imagen de preocupación social, en un doble sentido, ya que incrementa la alerta y tranquiliza ante el problema del cual se habla.
- Un segundo apartado es el que hace referencia a las noticias que abordan un tema específico desde las acciones de control. El relato narra qué hacen las instituciones y, sobre todo, las autoridades desde diferentes ámbitos sanitarios, políticos, sociales, policiales, etc. En estas noticias lo que subyace es la idea de control por las distintas autoridades.

Además de ser constructores de realidad, de opiniones y de estereotipos, en la actualidad, los medios de comunicación se constituyen como medios de control social. Para Vega Fuente (1996B), tras los contenidos y actitudes específicos relacionados con la drogas, se ocultan valores e intereses de la cultura dominante, por lo que los medios de comunicación se convierten en su relación con la problemática de las drogas en un medio más de control social. Pues, como señala Aniyar (1987), el control social no es otra cosa que un despliegue de tácticas, estrategias y fuerzas para la construcción de la hegemonía, esto es, para la búsqueda de legitimación o aseguramiento del consenso o en su defecto, para el sometimiento forzado de los que no se integran a la ideología dominante. La noticia como forma de control social (Aniyar, 1987) reduce la complejidad, refuerza las normas sociales, da ilusión de participación, no admite replica, crea actitudes y prestigio, al mismo tiempo que desvía la atención de otros problemas a la población ante medidas autoritarias.

Los medios de comunicación social como control social

El tratamiento del “problema droga”, en los medios de comunicación, hoy se identifica como un problema social donde se valoran aspectos de interés para el poder establecido. Los discursos oficiales que se observan en los distintos ámbitos, las políticas implementadas y las que se están elaborando, o las manifestaciones protagonizadas por diversos sectores sociales (que evidencian el fracaso de las anteriores prácticas institucionales), han de ser entendidas en un marco más amplio: el de las estrategias de control social ejecutadas en el seno de un determinado proyecto político, económico, social y cultural.

Así, vemos cómo se construye otro “chivo expiatorio”, para Romani (2000), similar a los herejes, judíos, pobres, brujas, locos, leprosos, sidóticos, gays, terroristas, etc. El establecimiento de un “chivo expiatorio” vendría a confirmar a los buenos la justeza de sus comportamientos y situación, reforzando y justificando determinado orden social.

Por lo general, los medios de comunicación responden a los intereses económicos de los grandes grupos corporativos, reproduciendo la imagen social de la droga que más se vende, a lo cual se le suma los intereses ideológicos del poder político. Esta conjunción de factores económicos y políticos provoca que se eviten los contenidos que no siguen la línea de pensamiento marcada por los intereses dominantes. Así, en resumen, los medios de comunicación se convierten en un instrumento más de control social, convirtiéndose el problema de la droga en el chivo expiatorio que desvía la atención de las verdaderas cuestiones de fondo.

El caso de las drogas

Para muchos autores, el uso de las drogas acompaña al ser humano desde los orígenes de la civilización ligadas a la salud, la cultura, el dolor, el placer o la religión; las sustancias y sus diversos efectos han asistido a la humanidad en todos sus momentos. Sin embargo, en el presente, según Rekalde (s/d), para amplios sectores,

la imagen social de las drogas nos remite a situaciones de marginación del delito, degradación de la salud y problemas sanitarios de todo tipo que desembocan en ocasiones en consecuencias fatales.

Los medios de comunicación han contribuido a estas representaciones sociales de las drogas y del drogodependiente.

Las imágenes presentes en los medios de comunicación sobre el “problema droga” se presentan, según González Zorrilla (1987), de algún modo superpuestas y teñidas de un alto nivel de emotividad, que hace que las drogas sean vividas como una amenaza, sobre la que no es posible distanciarse, reflexionar, sino sobre la que hay que actuar en contra. Hoy, al hablar de “la droga” inmediatamente aparecen imágenes extraídas de noticias, reportajes, películas, novelas, de muerte, atracos y violencia, etc. Y si además, encontramos una actitud pseudocientífica de los medios de comunicación que aporta presuntas “pruebas” irrefutables de la identificación droga-delinuencia, basándose en las estadísticas policiales que aseguran que un alto porcentaje de delincuentes son drogodependientes, la opinión pública ve reforzada esa imagen estereotipada, masivamente difundida de forma explícita o implícita.

Los medios de comunicación tratan el “problema de las drogas” de forma alarmista con calificaciones de “vicio”, “plaga”, “negocio”, “criminalidad”, “situación alarmante” a la vez que remarcan la importancia de los padres y sus “temores” a que sus hijos sean inducidos a consumir drogas. Se asocia el consumo de drogas principalmente a jóvenes, después a adolescentes y a los niños. Existe mucha confusión a la hora de hablar de los efectos y se trata con desprecio al drogodependiente, con escasas referencias al intento de buscar soluciones al problema (Vega Fuentes, 1996A). Siguiendo a Pantojas Vargas (2004) las informaciones más notables relacionadas con las drogas aparecen en la sección de Sucesos de los distintos medios de comunicación, y muchas veces solo hablan del tráfico de estupefacientes, la captura de algún dealer, la aparición de nuevas drogas en el mercado, el aumento alarmante del consumo, etc. Así, el tratamiento informativo de los medios de comunicación social de las drogas, revela un proceso de distorsión que, como justifica Oliva (1986) se iniciaría en las fuentes que facilitan la

noticia y se consuman en el proceso periodístico de tal modo que la visión final del problema no se corresponde con la realidad que la sustenta. Estudios realizados por Rekalde y Romaní en el año 2002 sostienen que resulta preocupante que la información que manejan los medios de comunicación provenga, en un grado tan abrumador, de instancias de control social: entre los más frecuentes, fuentes policiales, judiciales (Romaní, 2004).

Sin embargo, para las drogas legales las noticias tienen otros matices. Este tipo de sustancias son reflejados en los medios de comunicación “(...) con un valor añadido que les sitúa en un lugar de privilegio. Gozan de unas falsas atribuciones que solo les podrán ser arrebatadas con las mismas herramientas que vehicularon su adquisición” (Pantojas Vargas, 2004).

Así se deja entrever el tratamiento de las diferentes sustancias de los medios de comunicación: “(...) para unos, como los del alcohol y el tabaco, los medios facilitadores del efecto altavoz al relacionarlos con determinados acontecimientos de prestigio social; para otros, el efecto es la consiguiente alarma social que generan (...)” (Pantojas Vargas, 2004).

Los medios de comunicación como creadores de estereotipos: “La droga y el adicto”

Como ya se ha dicho, los medios de comunicación, lejos de ser ingenuos y objetivos, construyen y propagan una imagen determinada sobre un fenómeno. Esa imagen responde a diferentes intereses tanto políticos como ideológicos, que generalmente responden a intereses de los sectores dominantes. En la construcción de imágenes y discursos periodísticos circula la intención de crear un estereotipo determinado que responda a los intereses de las clases dominantes. En el caso de las drogas, lo hacen de modo que son susceptibles de convertirse en modelos para interpretar y actuar sobre dicha problemática.

Para Romaní (2000) las cosmovisiones y estereotipos existentes “(...) se han visto influenciadas por los medios, pero al mismo tiempo, cómo éstos, de alguna manera, también responden a ciertos

requerimientos y visiones de la realidad vehiculados por distintos grupos sociales dominantes”.

Algunos autores como Goffman afirman que aquellos sujetos socialmente estigmatizados se asocian a prejuicios, como:

- Se les hace objeto de una biografía ya conocida que en el fondo los cosifica. “Lo que hacen definen lo que son”.
- Para los cercanos, buenas personas atrapadas en las garras de la droga, hundidos en un pozo del que ya no pueden salir. “La falta de voluntad”.
- Para los lejanos, el vicio, con todo lo que esto acarrea en términos de orden público, ya que se presentan como productores de violencia, siniestralidad, robos, asesinatos, etc. (Perales Albert, s/d).

Para Bermejo y López de Luzuriaga (s/d), la visión de las drogas que hoy se encuentran en los medios de comunicación es la de un fenómeno hiperproblematizado, una especie de drama universal que es mostrado a través de distintos estereotipos cargado de gran emotividad y que gira alrededor del miedo.

Los estereotipos se presentan como creencias populares sobre los atributos que caracterizan una categoría social y sobre la que hay un consenso sustancial. En el caso de los drogodependientes, los estereotipos dependerán de los modelos de interpretación socialmente consensuados por los sectores dominantes.

Como señala Gonzáles Zorrilla (1987), se pueden identificar diferentes estereotipos:

- El primer estereotipo se basa en el propio concepto droga. Es un concepto monolítico, sin distinciones ni especialidades. Encontramos, por lo general, que en diferentes ámbitos esto se verifica en las expresiones que hablan de “Droga” en lugar de diversas sustancias con efectos diversos y de modalidades de consumo perfectamente diferenciados. En el tratamiento informativo de las drogas, todo es una misma cosa.
- El segundo, se corresponde con lo que se ha llamado el

“fetichismo de la sustancia”. La “Droga” es identificada con un ente mágico, con cualidades animistas y propiedades demoníacas que aparece como algo externo a la sociedad y que infecta a lo sano, asignándole las características de un *sujeto* a un *objeto*. La Droga es la causa de la dependencia, lo que sitúa el centro a la sustancia, a la que se demoniza y persigue y con ello a los que consumen. Si la causa del problema es la “droga” la única solución es la eliminación de la misma.

- El tercer estereotipo identifica la droga como una expresión de una actitud opositora a una sociedad y de afirmación de una cultura propia, que se encuentra al margen de las normas sociales.
- **Mito de la toxicomanía instantánea:** Es recurrente en las formaciones discursivas considerar que con el solo hecho de consumir una sola vez la persona se convierte en adicto, sin tener en cuenta la diferenciación entre uso, abuso y dependencia. Se tiende a simplificar la relación entre las personas y las drogas, desconociendo las condiciones bajo las cuales puede desarrollarse un consumo problemático.
- **Droga igual a muerte:** “La droga mata” es la expresión más común y es fundamentada en referencia al daño somático, psíquico y neurológico que el discurso médico instala como forma de prevención. En el mismo sentido, las demandas de acciones preventivas están dirigidas a que “(...) se debe informar a los jóvenes sobre los efectos nocivos de las drogas (...)” (Gómez & Bustos, 2006).

Así vemos que las características de los estereotipos en los medios de comunicación son:

- Edad y sexo: Jóvenes varones y adolescentes.
- Nivel socioeconómico y estatus: los medios dotan la creencia de que la cultura de la droga se corresponde con los sectores sociales bajos, marginados.

- Empleo-desempleo: la asociación droga igual a desempleo lleva automáticamente a una estigmatización de los “sin empleos”.
- Composición del núcleo familiar: familias desintegradas, padres que abandonaron el hogar, familias ensambladas, padre alcohólico, etc.
- Droga-delincuencia: este estereotipo lleva a asociar también de manera instantánea a los delincuentes como sujetos llevados a la situación de delincuencia por la droga.

En lo que se refiere a los estereotipos, vemos que las consecuencias de su utilización, según Bermejo y López de Luzuriaga (s/d), provoca: desinformación y confusión generalizada (información falsa, engañosa, equivocada, irrelevante, superficial); efecto rebote en los jóvenes (a veces tienen experiencias divergentes al mensaje que se da) y percepciones distorsionadas con respecto a las drogas legales.

Por último, cabe destacar que estos estereotipos se construyen sobre la base de diferentes modelos de abordaje que se infiltran discursivamente en las noticias.

Como ya hemos visto, los medios de comunicación responden a intereses específicos y reproducen discursos acordes a las ideologías dominantes.

De acuerdo a Otegui (2004) “(...) en lo político, los medios no son entes abstractos ni angélicos y, en general, se alinean legítimamente con opciones ideológicas determinadas (...)”. Para este autor, son esas relaciones, que anteponen un interés concreto a la prestación de un servicio público de información, las que adulteran el mensaje con servidumbres poco confesables.

Siguiendo a Arellano, González, Orsola & Pavletic (2003) entendemos *discurso* como un conjunto de enunciados que se transforman en acción social en la medida que produce efectos en las relaciones sociales, que se mantienen en un contexto determinado moldeando las maneras de pensar, actuar, valorar, etc. Los discursos no son neutrales, sino que responden a la intención de posicionar una realidad sobre otra. Sandoval (1997) afirma que, la relación en-

tre los sujetos y los fenómenos sociales definidos como problemas, se encuentran mediados por creencias y representaciones sociales, a partir de las cuales se desarrolla el proceso de categorización que permite definir, ordenar y clasificar el fenómeno social representado estableciendo un tipo particular de relación.

Los discursos sociales son estructuras de sentidos que plantean cursos de acción. (...) En nuestra época los discursos se han transformado en los portadores, censuradores y socializadores del conocimiento general sobre lo que la sociedad está definiendo socialmente como problemático (p. 1).

Las instituciones, entre ellas los medios de comunicación, se convierten en un dispositivo que delimita el ejercicio de una función enunciativa. El status de enunciadorees y el de los destinatarios, los tipos de contenidos que se pueden decir y deben ser dichos, responden a determinadas condiciones de producción (Arellano *et. al.*, 2003).

Marx considera a la ideología como el sistema de ideas, de representaciones, que domina el espíritu del hombre o un grupo social (Althusser, 2005). Althusser (2005) la define “como una representación de la relación imaginaria de los individuos con sus condiciones reales de existencia” y agrega a la teoría marxista el concepto de “aparatos ideológicos del estado” (AIE); “cierto número de realidades que se presentan al observador inmediato bajo la forma de instituciones distintas y especializadas” (p. 24).

Marx “habla de aparatos (represivos) del estado, comprende el gobierno, la administración, el ejército, la policía, los tribunales, las prisiones, etc.” (Althusser, 2005, p. 24) son aparatos que *funcionan mediante la violencia*, en cambio los aparatos ideológicos del estado *funcionan mediante la ideología*. Éstos últimos aparecen materializados en los distintos medios de comunicación.

Las instituciones, en especial los mass media, tienen un rol preponderante para la creación y difusión de imágenes culturales que funcionarán como legitimadoras del orden que da origen. La significación sobre las drogas revela la influencia de distintos saberes que se entrelazan y tienden a sostenerse mutuamente: la medicina, el derecho y el de la sociedad (Sánchez, 2005).

Sin embargo, de acuerdo con Romaní (2004):

(...) si la construcción social de las drogas se basa en el paradigma jurídico- medicalista prohibicionista consiguió el éxito popular, que fue uno de los elementos que le permitió afianzarse hasta convertirse en el modelo de la percepción y de gestión dominante del tema que conocemos hoy en día, no fue solo porque supo integrar la confluencia de varios y más o menos poderosos intereses en la elaboración del modelo, sino también porque supo manipular los flujos de información de tal manera que le permitió tocar la “fibra sensible” de amplios sectores de la sociedad.

Los modelos de abordaje en los medios de comunicación

Nowlis (1975), plantea que a la hora de definir el problema se deben tener en cuenta tres elementos básicos: la sustancia, la persona que la usa y el contexto social. Según el posicionamiento en algunos de estos tres elementos de la triada en que uno se posiciona será el marco teórico que se adopte en el tratamiento de las drogodependencias.

En lo que se refiere al tratamiento de las drogodependencias, Helen Nowlis en 1975 identificó, entre otros, 2 modelos de abordaje que se encuentran presentes en el tratamiento informativo de las drogas:

- **Modelo Ético-Jurídico:** Este modelo considera a “la droga” como el agente activo y al sujeto como víctima pasiva y un delincuente que debe ser castigado con la prisión. Este modelo destaca los efectos nocivos de las drogas para disuadir a quienes podrían usarlas y se preparan programas educativos basados en dichos supuestos. Tiene como finalidad: dificultar la disponibilidad de la sustancia; eliminar actitudes antisociales o inmorales de grupos delictivos; divulgar las terribles consecuencias del consumo; aislar al adicto, etc. Este modelo es presentado por los medios por una propuesta que se caracteriza básicamente por un relato que por orden de importancia queda referido a los campos

temáticos delictivos, político y jurídico, siendo los protagonistas policías, fiscales, jueces, traficantes, etc; se dibuja un modelo de orden y reproducción social en donde algunos establecen normas y sanciones y otros actúan de manera criminal; el término droga es referente genérico y confusión y el usuario o consumidor queda indiscriminadamente estigmatizado por el delito (García Madrigal, 1991).

- **Modelo Médico-Sanitario:** El sujeto que consume es considerado enfermo, dependiente de las características farmacológicas de una droga, que debe ser sometido a medidas curativas. El énfasis es puesto en la sustancia. Su objetivo es curar al adicto, aislándolo de la sociedad, e informar sobre los riesgos que acarrea el consumo de sustancias.

En definitiva, los medios de comunicación gestionan los temas de las drogas privilegiando algunas fuentes, criminalizando la información, dando protagonismo a algunos temas (delincuencia, inseguridad, narcotráfico, tragedias). Las representaciones sociales, de este modo, se van constituyendo por discursos corporativos de tipo policial, judicial, médico, periodístico, etc. (Vega Fuente, 2004).

Para concluir

Los mass media, como ya se ha visto, juegan diferentes roles al momento de informar a la población sobre fenómenos como el de las drogodependencias. Roles para los cuales, como profesionales de la salud en el campo de las drogodependencias, debemos contar con las herramientas necesarias para identificarlos tras las prácticas discursivas a través de las cuales se infiltran para llevar a cabo “operaciones ideológicas“. En relación al consumo de drogas: (...). ¿Cual sería una operación ideológica y de creencias?; sería la sustitución de las partes por el todo y del efecto por las

causas. Es en el momento en que esta sustitución se cristaliza como algo natural, que la historia se vuelve naturaleza, que la operación ideológica ha triunfado en enunciados como éste: “la droga mata”. Así, tras esta operación lo que se legitima es un orden dado, una relación de poder, de un modo de funcionamiento (Gómez, 2007).

Los medios de comunicación ante el tratamiento informativo del “problema droga” deben acordar un cambio de paradigma ante la inminente importancia que éstos van adquiriendo en el campo de la salud de la población en general. Ante este hecho, es necesario en materia de información que se proporcione información coherente y objetiva sin recalcar los aspectos negativos del consumo; información lo más científica, documentada y contextualizada sin sensacionalismos ni tintes moralistas.

Los medios de comunicación, deberían mediar a la hora de defender los derechos de ciudadanía de todos y para hacer comprender que estas respuestas redundan en beneficio social, no solo de los usuarios de drogas sino también de toda la sociedad (Huarte, 2004).

El compromiso de los medios de comunicación debe llevar a la exclusión en la información de enunciados tales como:

- El uso de la droga “X” siempre produce el efecto “Y”.
- El consumo de la droga “X” nunca produce el efecto “Y”.
- Las drogas son el único peligro.
- Solo existe el abuso de las drogas ilegales.
- El abuso de drogas es un problema exclusivo de los jóvenes.
- Solo existe un modelo de tratamiento válido.
- Mostrar la forma de utilizar y consumir las drogas ilegales.
- Todo tipo de estereotipo. (Vega Fuente 2004).

El propósito de estas recomendaciones es ayudar a mejorar el nivel de información en materia de drogas que se ofrecen al público a través de los medios de comunicación. No se pretende censurar a los periodistas sino facilitarles el trabajo, mejorar el nivel del debate público sobre las drogas y garantizar que los jóvenes confíen en los mensajes que se le transmiten (Vega Fuente, 2004).

Referencias bibliográficas:

- Althusser, L. (2005). *Ideología y aparatos ideológicos del estado. Freud Y Lacan*. Buenos Aires: Nueva visión.
- Aniyar, L. (1987). “Medios de comunicación e inseguridad ciudadana” en *Criminología de la liberación*. Maracaibo, 1987, Universidad de Zulía, pp. 159-192.
- Arellano, M., Gonzáles, R., Orsola, G. y Pavletic, F. (2003). Cannabis: imágenes, sujetos, discursos y contextos. *Ultima Década, Vol. 19*, pp. 1-28. CIDPA. Viña del Mar. Chile. Extraído el 20 de marzo del 2009 desde: <http://www.cidpa.org/txt/19art8.pdf>
- Bermejo, S. y López de Luzuriaga, U. (s/d). Que esperamos los profesionales que tenemos que ver con las drogas de los medios de comunicación: La visión de una asociación de usuarios de drogas por la reducción de daños.
- Fernández-Cid, M. y otros (1996). *Tratamiento periodístico de las drogas y las drogodependencias*, Madrid, ed. Coordinadora de ONGs que intervienen en drogodependencias.
- Fernández Obregón, F. J. (1999). El tratamiento informativo de las drogas en *Revista Latina de Comunicación Social*, n° 22, La Laguna (Tenerife).
- García Madrigal, F. (1991). Tendencias de la investigación en la sociología de la comunicación de masas. *Acciones e investigaciones sociales*, N° 0, 1991 (Ejemplar dedicado a: Comunicación y sospecha), pags. 9-34
- Gómez, R. A. (comp.). (2007). *Drogas y control social*. Córdoba: Brujas.
- González Zorrilla, C. (1987). Drogas y control social. *Revista poder y control, n° 2*, pp. 49-65.
- Huarte, F. (2004).Capitulo 3: ¿Qué esperan los profesionales que tienen que ver con las drogas de los medios de comunicación? en *Los medios de comunicación y el consumo de drogas. Avances en drogodependencia* (pp.67-78). Universidad de Deusto.
- Moya Sandoval, J. (1997). Producción discursiva y problemas sociales. El ejemplo de la construcción social del problema del consumo pasta base. *Última década*, n° 007, pp. 1-8. Extraído el 3 de septiembre del 2009 desde redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/195/19500711.pdf
- Newman, N. (1995). La espiral de silencio. Opinión pública: nuestra piel social. Paidós Comunicación. Barcelona (1°ingl. 1984).
- Nowlis H. (1975). *La verdad sobre la droga*. París: UNESCO.
- Oliva, M. P. (1986). Los medios de comunicación social ante las drogodependencias. *Comunidad y Drogas*, set. n. 1, (pp- 65-73).

- Otegui, J.M., (2004). Capítulo 1: La influencia de los medios de comunicación en la transmisión de valores en *Los medios de comunicación y el consumo de drogas. Avances en drogodependencia* (pp.19-39). Universidad de Deusto.
- Pantojas Vargas, L. (2004). Introducción en *Los medios de comunicación y el consumo de drogas. Avances en drogodependencia* (pp.13-18). Universidad de Deusto.
- Perales Albert, A. (s/d). El estereotipo del drogodependiente en los medios de comunicación. Extraído el 27 de enero de 2010 desde http://www.empleoenred.org/Corporativa/SalaPrensa/Ponenciasjornadas10y11junio/usuarios_comunicacion.pdf
- Rekalde, A. (s/d). Drogas: debate público y representación social.
- Rekalde, A. & Romaní, O. (2002). Los medios de comunicación social ante el fenómeno de las drogas: un análisis crítico, Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, Vitoria-Gasteiz.
- Romaní, O. (2000). Información sobre drogas: acciones, valores, orientaciones, Seminario Internacional sobre Toxicomanías (conferencia) Río de Janeiro.
- Saperas, E. (1987). Los efectos cognitivos de la comunicación de masas. Ariel. Barcelona.
- Sánchez, R. (2005). *Análisis de las construcciones discursivas respecto de las drogas, los consumidores y el consumo comprometidas en la ley 19.366 de 1995, a través del análisis de las transcripciones parlamentarias*. Memoria para optar al título de psicólogo. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Chile. Extraído el 27 de mayo de 2009 desde http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2005/sanchez_r/sources/sanchez_r.pdf
- Vega Fuente, A. (1996a). A propósito de las drogas: cuando la sociedad de la comunicación desinforma. *Revista infoadicciones* (online).
- Vega Fuente, A. (1996b). Los medios de comunicación social y las drogas: entre la publicidad y el Control Social en Normas y culturas en la construcción de la “Cuestión Droga” Editorial Hacer, Barcelona.
- Vega Fuente, A. (2004). Las Drogas Y Los Medios De Comunicación: ¿Prohibir O Domesticar? *Apuntes Para Una Nueva Enseñanza-Aprendizaje*. Enseñanza, 22, 2004, (pp. 369-389).

NUEVAS FORMAS DE CONSUMO

Stefanía Solange Malacari

“En nuestro proceso de civilización las drogas son ese artificio que permite a la subjetividad en guerra consigo misma poder vivir pacíficamente y escoger relaciones diferentes con el exterior acelerando las vertiginosas posibilidades que la sociedad ofrece o protegerse de las consecuencias que ella imprime”

(Jáuregui, 2007 p. 4).

Introducción

Decir que la historia de las drogas es tan antigua como la historia del propio hombre, se está convirtiendo en un tópico (Ferrer, Sánchez & Salvador, 1991). Parece que resultaría imposible poder pensar una historia sin la otra, ya que “las drogas siempre han existido, todos los pueblos han tenido sus drogas” (Molina Mansilla, 2008 p. 3). Diversas sustancias han sido manipuladas por distintas culturas respondiendo a una gran variedad de fines, otorgándoles diferentes connotaciones y significaciones de acuerdo al marco, contexto y forma de uso.

En el último siglo se produce un incremento del uso de drogas asintiendo a problemas derivados y generados principalmente por el abuso de bebidas alcohólicas, tabaco y medicamentos. La historia se agrava con la aparición y extensión de nuevas sustancias

(derivados del cannabis, coca y opiáceos básicamente) que viene acompañado de cambios en las modalidades del uso de drogas tradicionales dando como resultado a la concepción de problema en torno al consumo (Ferrer *et. al.*, 1991). De esta manera, las concepciones y discursos que se desarrollan en torno a las drogas no sólo dependen de los efectos biológicos de la sustancia sobre el cuerpo del consumidor, sino también de la legalización o no de la droga, su difusión, sus patrones de usos y la significación social (Rodríguez de Fonseca, 2006). El consumo de sustancias concebido como problema aparece como resultado de un largo proceso de construcción social “que remite más a la percepción que se tiene del problema, que a los datos objetivos de la realidad” (Slapak & Grigoravicius, 2006 p. 244).

Cirese (citado por Notta 2005, p. 29) afirma que el consumo se define más

“por su uso y no por su origen, como hecho y no como esencia, como posición relacional y no como sustancia”. Los discursos sociales van conformando así una trama de significantes, “en este sentido ha de analizarse qué representan las drogas para nuestra sociedad, cuáles son las imágenes, las representaciones culturales que definen los contornos del problema” (Barovero, Belmonte & Seminario, 2003, p. 39).

En la sociedad actual es posible encontrar dos tipos de discursos: “discurso de la droga” que proviene de los propios consumidores, opiniones, creencias y deseos, y el “*discurso sobre las drogas*” que surge de los mecanismos médicos, jurídicos y políticos; estos últimos aparecen legitimados dentro del imaginario colectivo debido a las fuerzas institucionales que los respaldan y dan soluciones al problema de la drogodependencia (Ibáñez 1992, citado en Sánchez, 2005).

De esta manera, se evidencian diferentes tramas discursivas que demarcan las distintas representaciones sobre la problemática:

La droga, en el siglo XX, se ha ido desplazando desde la anestesia de los dolores de vivir en el individualismo del siglo XIX, hasta la búsqueda del placer en una cultura en donde la consumición se ha convertido en la principal droga (Jáuregui, 2007 p. 8).

Camarotti (citado en Arizaga & col. 2009) identifica cuatro etapas diferenciadas a partir de la incorporación de sustancias y formas de consumo en Argentina.

La primera, en los fines de los años '60 hasta mediados de los '70, donde el consumo de drogas ilegales se asociaba a una "contracultura" que traía aparejada ideas o conductas innovadoras, actitudes rebeldes y rupturas de tabúes. El consumo se ligaba a la marihuana mayoritariamente.

La segunda etapa, a mediados de los '70 hasta principios del '80, las sustancias que aparecen en el mercado comienzan a diversificarse, aparece el consumo de fármacos, derivados del opio, la marihuana y anfetaminas. A pesar de que el abanico de sustancias comenzaba a ampliarse, la cantidad de personas que consumía drogas era escasa, la heroína no había ingresado aún al mercado suplantándose por la cocaína.

En la década del '80 al '90, la tercera etapa, se caracteriza por un aumento del consumo de sustancias en cantidad y variedad. El consumo de alcohol se eleva y se identifica con el tiempo libre y la fiesta, generándose la cultura del "litrona", sirviendo como elemento socializador (Molina Mansilla, 2008). Se extiende el consumo endovenoso y el consumo de cocaína inhalada, produciendo nuevas connotaciones en torno a este fenómeno, considerándolo como un "potenciador de tendencias autodestructivas".

En la última etapa, desde principios de los '90 hasta la actualidad, se destaca como uno de los acontecimientos más importantes el incremento y naturalización del uso de cannabis y de alcohol, dando lugar a fenómenos como la previa o el botellón. Luego de la crisis de 2001, se observa una polarización del consumo de sustancia en sintonía con la fragmentación de la estructura social argentina. La sociedad se polariza entre drogas de *performance* o de

síntesis, asociadas a la recreación (éxtasis, poper, ketamina, anfetaminas) y drogas de la marginalidad, sustancias baratas y de mala calidad asociadas al delito y a la violencia (pasta base, pegamento) (Observatorio Argentino de Drogas, 2007, citado en Arizaga & col., 2009 p.24).

Generándose una distinción de los imaginarios construidos en torno a estos consumidores:

(...) los consumidores de sustancias como el paco, la pasta base o el Poxirán son marcados en función de su clase social y asociados a imágenes de violencia y relatos sobre delincuencia. Mientras que aquellos consumidores de sustancias de diseño serán retratados como jóvenes en situación de disfrute y participación en la cultura juvenil. Estos imaginarios de la diferencia se construyen a partir de la utilización deliberada de distintos recursos televisivos: la utilización de sonido editado para los “chicos poxi”, a diferencia del sonido ambiente para los “chicos de diseño”; la generalización de motes y apodos estigmatizadores, como “pirañas”, para los primeros, y la ausencia de este recurso respecto de los segundos, entre otros (Álvarez, 2009 citado en Arizaga & col., 2009 p.24).

A su vez, en este último periodo, aparece un aumento del consumo de psicofármacos. El siglo XX ha tenido como característica la administración masiva de medicamentos a partir de lo que se ha denominado “la revolución farmacológica”; la cual consistió en la transformación de los modos de uso y fines terapéuticos de los medicamentos psicotrópicos (Serena & col., 2009).

Las variaciones de los usos de drogas a lo largo de la historia dan cuenta de que no se puede reducir esta problemática a los efectos biológicos de la sustancia sobre el cuerpo del consumidor, delimitándose las explicaciones sólo a la relación sustancia-sujeto, sino que requiere contemplar la diversidad de factores que intervienen. Se hace necesario un abordaje que introduzca la variable

del contexto, como las diferencias entre los individuos, los grupos, las culturas y las generaciones. Por ser estas diferencias las que dan las características particulares al consumo en determinados sectores, de acuerdo a la sustancia que se consume, las posibilidades de acceso, la percepción de riesgo y las expectativas sobre los efectos del consumo. De esta manera este fenómeno tiene que ser pensado en relación a las nuevas realidades y articulado a un contexto económico y político particular, es decir en torno a una dominante cultural.

La sociedad actual se caracteriza por una evasión de los valores dominantes y por la dificultad o retardo por parte de los jóvenes de acceder al mercado laboral, determinando los factores económicos y sociales las alternativas de vida y las posibilidades de consumo (Molina Mansilla, 2008).

Así, por ejemplo, en ciertos sectores de la sociedad, medios-altos, se sobre valoriza el tiempo de ocio, desarrollándose subculturas en torno a éste. Las tribus urbanas, permiten otorgar una identidad a partir de las pautas de consumo en el “salir de marcha” definidas por el grupo. Desde finales de los años ochenta hasta nuestros días, en estos sectores se generalizan las drogas de diseño y el consumo de LSD se sustituye por drogas tales como el éxtasis, denominadas “drogas de baile”, que se asocian a ciertos fenómenos musicales (Molina Mansilla, 2008).

En los primeros años del siglo XXI se incrementa entre las capas más jóvenes de la población y con reducido poder adquisitivo el consumo de alcohol de bajo coste y calidad en grandes grupos en lugares públicos, generándose la cultura del “botellón”, en España, lo que se asemeja a la “previa” en nuestro país. Aparecen también las nuevas formas de consumo de cocaína, a través de la implementación de lo que se denominan las “cocinas”. Se caracteriza el surgimiento de drogas llamadas de la devaluación, como el paco o la ketamina, como consecuencia de una transformación económica y social, en un escenario post-devaluatorio (Gómez & Carrizo, 2008).

Se observa cómo las variables del contexto demarcan diferencias entre los sectores, delimitando percepciones y modalidades de

consumo, en los sectores medios-altos que participan, por ejemplo en fiestas electrónicas, las expectativas ante el consumo se vinculan con fines más recreativos y funcionales, relacionados con la música y la diversión, efectos que consiguen a través de las drogas de síntesis. En cambio, los consumidores de sectores populares, buscan drogas con otro impacto, que excede los identificados en el tiempo de ocio, más relacionados con sus condiciones como la evasión de una realidad, que se busca a través de drogas como el paco (Gómez & Carrizo, 2008).

Si bien las drogas adquieren un gran protagonismo en este escenario no son propias de esta época, en los últimos tiempos se ha mantenido el consumo de drogas que vienen utilizándose desde hace más de cuarenta años, lo que se ha producido es una variación en su modo de consumo (Molina Mansilla, 2008). Estas diferencias y transformaciones, tienen que ver más con la adjudicación de significaciones sociales y determinantes contextuales (políticas, económicas y sociales), que con las propiedades en sí de la sustancia. Esto se patentiza en la definición misma de droga a ciertos productos, ya que no deriva tanto de la toxicidad de los mismos sino de las significaciones adjudicadas por una cultura particular.

Cliffort Geertz (citado en Adamson, 1997) define cultura como la urdimbre de significaciones que toda sociedad crea para reconocerse como tal. La dominante cultural en el capitalismo tardío es definida como posmodernismo, la cual es descrita como una sociedad tecnológica, caracterizada por la fragmentación y el consumo masificado tanto de objetos como de imágenes, una cultura hedonista que apunta al confort generalizado. Cabe plantearse frente a este escenario ¿quién no es adicto hoy?, en una sociedad como la actual, donde lo que predomina es una adicción perpetua, caracterizada por la compulsión a consumir, no importa qué (Jáuregui, 2007). Parece responder a esta lógica el fenómeno de las adicciones comportamentales o adicciones sin sustancias como a internet, celulares, video juegos. Se trata de una dependencia adquirida a objetos o actividades, que incluye los síntomas propios de una dependencia, como la tolerancia, el síndrome de abstinencia, presentando también un excesivo tiempo dedicado a la

conducta compulsiva, con dificultad para controlar la misma y con consecuencias sobre los diversos ámbitos en los que se desenvuelve el sujeto como el trabajo, la familia, relaciones con los pares, etc. (Luque & Gómez, 2010).

Se vive en una época en donde el consumo se convierte en el motor principal de nuestra vida, aparece como organizador y regulador social, sentando las bases para una cultura adictógena, que no se limita al mundo de la droga (3 de febrero del 2010 comunicación personal, Gómez).

Este trabajo pretende lograr una primera aproximación tanto al rol actual de las drogas como a las nuevas formas de consumo. En tanto al papel que juegan las drogas en el contexto actual se aborda la relación entre drogas e identidades, caracterizando las diversas culturas juveniles en torno al consumo, como así también el protagonismo que toma la medicalización de la vida cotidiana. En tanto a las nuevas formas de consumo, se caracteriza los nuevos patrones de consumo de alcohol; los fenómenos de la previa o el botellón, el policonsumo y lo que se denomina cultura “binge”.

Identidades y estilos juveniles: tiempo libre y drogas

El consumo cultural se ha convertido en un referente de gran fuerza para la construcción de identidades. En una sociedad capitalista donde se prioriza el consumo, las drogas, junto con otros objetos juegan un rol importante como formadoras de identidades en los adolescentes, posicionándolos en determinando extracto social, adjudicándoles una identidad como consumidor (Adamson, 1997).

El contexto actual se caracteriza por ser una sociedad de bienestar, donde aparecen como valores hegemónicos el ocio y la diversión. En contraposición a la cultura del trabajo y la producción, aparece como un espacio libre de obligaciones, fuera de su rutina, espacio que ha sido asimilado por el mercado definiéndose a partir de los criterios del consumo (Calafat, Montserrat, Becoña, Fernández, Gil Carmena, Palmer, Sureda & Torres, 1999).

(...) induciendo a adoptar normas de “consumo amnésico” que tiene su máxima expresión en el consumo improductivo y ocioso de los fines de semana y vacaciones. Es decir, los jóvenes tienden hacia un consumo más inmediato que lleva incorporada la recompensa en el acto en sí, más que hacia un consumo que signifique una inversión a largo plazo (p. 13).

Frente a un modelo de diversión que adquiere el significado de una experiencia trascendental, donde se busca la evasión de la vida diaria, sentirse diferentes y libres, en fin salir de marcha “trascender de un estado normal a un estado eufórico y divertido” (Calafat *et. al.*, 1999, p. 195). Aparece alrededor de la vida recreativa una industria que es:

(...) potente, dinámica y una fuente de crecimiento económico. Esta industria recreativa participa en la construcción cultural de la diversión (...). Es constante la creación de nuevos espacios y ofertas así como el incremento de publicidad y mensajes en los medios de comunicación orientados a los jóvenes para que participen en los espacios recreativos (...) la vida recreativa puede ser vista como un amplio mercado donde se ofrece a los jóvenes la posibilidad de consumir diversas drogas (Calafat *et. al.*, 1999, p. 196-198).

Si se considera que los jóvenes han sido socializados en el consumo como estrategia para satisfacer las necesidades, no resulta extraño que pretendan alcanzar la diversión mediante el consumo de diversos objetos, y dentro de las posibilidades, el consumo de droga aparece como un elemento que permite manipular el estado de ánimo, mediante el cual se podría lograr un estado frenético y de diversión por más tiempo, respondiendo a la necesidad de una intensidad y alargue de las fiestas, adquiriendo en este sentido el significado de una práctica cultural sin la cual la diversión no se consigue. Si bien pueden elegir entre consumir o no y qué consumir,

el consumo posee un alto componente simbólico asegurando, no tan solo, la diversión, sino también la capacidad de relacionarse, de evadirse, consiguiéndose mediante su uso un reconocimiento social satisfactorio y positivo (Calafat, *et. al.*, 1999). Aparece como facilitador y garante para la obtención de estados placenteros, donde el “pasarle bien” constituye el único fin (Mansilla, 2001).

Se observa que a partir de la centralidad del ocio en nuestra sociedad el abuso de sustancias ilícitas se asocia principalmente con la diversión, adquiriendo su uso un mayor papel recreativo, este consumo es normalizado por los jóvenes tendiendo a aceptarlo como algo propio y pasajero de la juventud, disminuyendo la percepción de riesgo, alejándose de los significados problemáticos y negativos del consumo, como el estereotipo del consumidor de heroína de los '80 (Molina Mansilla, 2008).

Las drogas aparecen enclavadas como una pauta más consumista produciéndose una interrelación entre estilo musical, espacios, modas y consumo de sustancias (Calafat, *et. al.*, 1999 & Pellarés Gómez, 2004). En torno a las opciones que ofrece el mercado para la vida recreativa los adolescentes se organizan cuando “salen de marcha”, apareciendo así en las noches distintos estilos como por ejemplo: los rave, punkies, heavys, rockeros, etc. El etiquetaje suele responder a diversos atributos más bien estéticos, como a estilos de músicas e indumentarias y al uso de droga, que adquiere en algunos de estos grupos su simbología diferencial como por ejemplo la hoja de marihuana como emblema (Mansilla, 2004).

Las dinámicas de cada tribu son diferentes, cada una tiene sus espacios y sus tiempos (Calafat, *et. al.*, 1999).

Las tribus tienen señas de identidad que se materializan en objetos identificables como la indumentaria, el gusto por algunos estilos musicales, los ambientes nocturnos preferidos, la manipulación del cuerpo (...). Los símbolos de identidad son también mensajes de estilos de vida y modelos de sociedad que los jóvenes imaginan y proponen (p. 33).

La aparición de estos estilos juveniles busca una doble diferenciación, una entre generaciones y otra en el interior de la generación entre jóvenes. Si bien existe multiplicidad de estilos juveniles, se identifican tres estilos principales con mayores adhesiones y contrastantes entre ellos; el de los *floggers*, el de los *cumbieros* y el de los *chetos*; la combinación de los símbolos y la forma en que son combinados buscan significar una posición particular en la estructura social (Arizaga & col., 2009).

El estilo *flogger*: se construye a partir de un proceso de sobreadaptación, definiéndose a partir de los gustos y la estética de la clase media alta. Imitando estilos de habla, gustos musicales como la electrónica. Se muestran como “fashion victims”, consumidores excesivos de lo último de la moda. La forma de vestirse es el exceso; exceso de colores, de marcas, maquillajes, peinados. Por otro lado su nombre hace referencia a la posesión de computadoras, cámaras digitales, son “nativos digitales” expertos, su estilo de vida se asocia a lo cosmopolita, al festejo y admiración de la propia imagen, al goce de lo estético (Arizaga & col., 2009).

El estilo *cumbiero*: éste es percibido por los jóvenes como la contracara del estilo *flogger*. Aquí el *bricolage* de símbolos “manifiesta una lógica tanto de sobreadaptación como de oposición revulsiva a ciertos consumos percibidos de la clase media alta, que delimitan un vínculo ambiguo del estilo *cumbiero* respecto de la cultura convencional y legitimada” (Arizaga & col., 2009 p. 69). Se caracterizan por el uso de ropa deportiva, siempre de talles más grandes, que da el aspecto de arrugada y desprolija, gorros y zapatillas de gran tamaño. Utilizan expresiones callejeras o *tumberas*, en alusión a la cultura de la cárcel, relacionadas a la violencia y al robo; estos signos estigmatizantes son interpretados por los propios *cumbieros* como fuente de identificación y distinción. El consumo musical se centra en la cumbia (lo que da su nombre), particularmente la cumbia local, la cumbia villera, en contraposición de la colombiana que parece ser común en otros estilos juveniles, pero también se acepta el reggaetón. En este grupo las marcas dan cuenta de una sobreadaptación ya que las marcas elegidas son de gran trayectoria y muy costosas, generalmente posicionadas en una

clase media alta y alta (Arizaga & col., 2009).

(...)los *cumbieros* se relacionan de manera ambigua respecto de los estilos de vida de las clases medias altas, y en general respecto del estilo de vida convencional. Mientras por un lado tienen como meta y buscan adaptarse al estilo de vida del consumo y la diferenciación social, por el otro se identifican con un tipo de estética asociado al estilo de vida de la villa, es decir se identifican con una posición social subordinada y deslegitimada (Arizaga & col., 2009 p. 69)

El estilo *cheto*: es el más difícil de caracterizar ya que a veces aparece como un estilo propiamente dicho y otros como una estrategia de legitimación de prácticas que no son necesariamente parte de un estilo. En este sentido se refiere a una posición de reconocimiento, determinando *statu* y prestigio; parecen ser los poseedores del capital simbólico, se visten con moda legítima, acceden a la vestimenta, espacios y objetos costosos y exclusivos. Se caracterizan por la disponibilidad y acceso total frente al mundo del consumo. De esta manera los símbolos de este estilo son más volátiles y cambiantes, la clave de la lógica de esta distinción es que no necesitan buscar legitimación como los otros estilos sino que la dan por sentada (Arizaga & col., 2009).

La cultura moderna aparece así como una pluralidad de subculturas, que corresponden a diversos grupos sociales y adquieren características particulares para definirse y diferenciarse en torno a imágenes, sustancias y objetos de consumo dando lugar al fenómeno de las tribus urbanas. Este concepto resulta paradigmático, se designa así a “grupos de iguales vinculados por adscripciones propias, que generan relaciones de solidaridad, desarrollan señas de identidad éticas y estéticas y actúan como colectivo en algunos espacios sociales” (Calafat *et. al.*, 1999 p. 31).

El concepto de tribu urbana se diferencia del de pandillas, que aparece en la década del '70, ya que éstas eran agrupaciones que surgían como respuesta a las desigualdades ligadas a espacios

territoriales que les otorgaban pertenencia y cohesión, privilegiando la dimensión territorial. En cambio, el término tribu urbana lo supera, posee mayor riqueza, tiene que ver más con una dimensión simbólica otorgada al consumo, perdiendo importancia la territorialidad, encontrándose en diversos espacios y lugares; toda esta expansión se propicia por la comunicación a partir de las tecnologías actuales (Mansilla, 2004).

El surgimiento de tecnologías de información y comunicación aplicada tanto a los procesos de producción y de consumo, delimitan espacios culturales dando lugar a diversas formas identitarias y prácticas, que se organizan de acuerdo a referentes mediáticos que asumen los jóvenes y no tanto en torno a símbolos histórico territoriales (Piña Narváez, 2007). Las transformaciones producidas en la modernidad marcan nuevas formas de relaciones tanto con los sujetos como con los objetos: de la importancia dada a las organizaciones políticas, se pasa a una importancia de las masas, del sentido del individuo se pasa al rol, y de las tribus contractuales a las tribus afectivas. Estas últimas permiten construir comunidades emocionales y nuevas formas de sociabilidades (Madrid Matus, 2000).

Estas identidades se organizan no ya en función de lealtades locales o nacionales, sino por la participación en comunidades “transnacionalizadas” o “desterritorializadas” de consumidores y consumidoras, comunidades donde el “valor simbólico de los objetos” actúa como código compartido y como referente principal de identidad y diferenciación, sin que ello implique la desaparición de los referentes locales, sino que la construcción de identidades y diferencias se produce a partir de la apropiación de nuevos espacios “multiterritoriales” de sociabilidad, así como de la promoción de imaginarios globales (Bermúdez, 2008 p. 619-620).

El mercado vende y pone en escena diferentes identidades, a través de objetos, prácticas y espacios que se reconocen como pro-

prios, convirtiéndose la misma juventud en un objeto de consumo (Piña Narváez, 2007).

Siguiendo a Mansilla (2004), el consumo de sustancia aparece como un elemento más distintivo del grupo social al que se refiere, como *marcador de contexto*, como un ritual de acceso a determinado espacio social; por ejemplo el uso de Ketamina en espacios sociales de música electrónica o la relación entre el estilo musical cumbia villera, en Argentina, y el consumo de pegamento o alcohol en los sectores bajos.

Los nuevos estilos y ambientes musicales se han convertido en un capital cultural muy importante vinculado a la juventud y a la fiesta y de una gran riqueza de símbolos (...) se está desarrollando una extensa cultura de la danza y la música (Calafat *et. al.*, 1999 p. 197).

Todos los grupos sociales construyen sus representaciones en torno al consumo de sustancia, variando según la posición en la red social y el *habitus*, conformando un conjunto de apreciación y percepción (Bourdieu, 1998 citado en Mansilla, 2004).

Teniendo en cuenta las características de consumo en nuestros tiempos, y particularmente vinculados a la vida recreativa.

(...) no debería ser valorado únicamente como una forma de transgresión o de ruptura con las pautas de comportamiento establecidas, sino también como un intento de adaptación a un estilo de vida (...) Los jóvenes consumen drogas recreativas para lograr mejor aquello que la sociedad le “exige”: divertirse, establecer relaciones, expresar fortaleza aguantando horas y horas de baile, tener una vida sexual intensa y vivir despreocupados (Mansilla, 2004, p. 14).

Culturas juveniles

El consumo depende de cómo han definido la diversión, el tiempo dedicación, la percepción de riesgo y la posibilidad de acceso. “Las culturas juveniles se entienden como estilos de vidas que expresan colectivamente las experiencias sociales en los tiempos no regulados formalmente: los tiempos libres y los espacios intersticiales en las instituciones” (Freixa 1998, citado en Capriati, 2007).

A la hora de abordar la temática de las drogas se resaltan la relación de éstas con los consumos culturales y estilos delimitados de acuerdo a perfiles socioculturales dando lugares a diversas culturas (Arizaga & col., 2009): por ejemplo, drogas de bajo coste y cultura de la marginalidad; el alcohol, los fenómenos de la previa y botellón y la cultura bolichera; marihuana y la cultura del rock; drogas duras y la cultura del reviente; drogas de diseño y la cultura techno.

Al hablar de culturas juveniles en este trabajo, se hace necesario aclarar que se trata de caracterizar cómo se asocian, generalmente, determinadas formas de consumo, con la elección de espacios, de sustancias, de estilos musicales que se encuentran, a su vez, influenciados por la posibilidad de acceso según el contexto, la clase social, etc. Lo que no implica que estas diferencias sean tajantes o lineales, es decir que por pertenecer a determinado sector o tener cierto gusto musical se asocien directamente a determinada forma de consumo. Se trata por el contrario de poder comparar y contrastar diferentes formas de culturas sin caer en la creación o reproducción de estereotipos de consumidores.

Drogas de bajo coste y cultura de la marginalidad

La cultura de la marginalidad está dada por un conjunto de imágenes en las que se engloban factores sociales, políticos, económicos y culturales, que traen aparejada la figura del marginal, la idea de una pobreza extrema y la escasez de recursos que dan como resultado la exclusión. El marginal es caracterizado como un consumidor defectuoso.

Según los términos que utiliza Bauman, al forzar el quiebre entre la accesibilidad simbólica del consumo (lo que el consumo representa) que el *pobre* adquiere a través de la circulación de las imágenes del consumo en la sociedad y lo inaccesible que ese consumo se vuelve en términos materiales (Arizaga & col., 2009 p. 159).

La cultura de la marginalidad se representa en la figura del joven de la calle, que generalmente se relaciona con la violencia como marca de clase. La droga y la violencia juegan un rol clave a la hora de definir su perfil; la primera aparece como función de causa o efecto de la segunda y dentro de las categorías de drogas se clasifican como *duras, pesadas o marginales* ubicándolas en escenarios callejeros considerados peligrosos. “Así la figura del villero o el chico de la calle se confunde con la del “paquero” o “pibe poxi”, tomando el nombre de la droga con que se los asocia” (Arizaga & col., 2009 p. 159).

Consumo de alcohol: el fenómeno de la previa, el botellón, cultura “binge” y policonsumo

En la elección del consumo de una sustancia no sólo se debe tener en cuenta la característica farmacológica sino también las apreciaciones grupales sobre el efecto que se busca, así se establecen nuevas pautas de consumo que no son más que la definición de algunas existentes (Pallarés Gómez, 2004). Si se piensa en el consumo de alcohol se evidencia una cultura y una historia de los usos alrededor de esta sustancia, detectándose como punto de partida a la modalidad de consumo actual de la “litrona” (botella de cerveza de litros que se consumían en las calles) modalidad que fue adquiriendo características particulares como una percepción de mayor accesibilidad y menos riesgos definiendo nuevo patrones de uso como una gran ingesta en tiempos reducidos, es decir, un excesivo consumo por atracón (“el binge drinking”), dando lugar a fenómenos como el botellón (principalmente en España) o su correlato “la previa”, en nuestro país, que adquiere características

similares (Calafat *et. al.*, 1999).

El consumo en nuestros tiempos se caracteriza por un uso abusivo generalmente de los fines de semana. Los nuevos consumidores se alejan del estereotipo de alcohólico crónico, consumidor diario, sino que establecen un patrón de consumo excesivo pero centrado generalmente en tiempos de ocio, dando lugar a nuevas problemáticas como los cuadros de intoxicación agudos. Por lo que se hace necesario poder diferenciar los distintos modos de uso (uso, abuso, dependencia) sobretodo en el periodo adolescente ya que es difícil que, en estos grupos, aparezca el síndrome de abstinencia o tolerancia, por lo que no se hace adecuado hablar de dependencia sino de un consumo problemático de alcohol.

Surge una nueva forma de consumo, ingestas grandes en periodos significativamente cortos de tiempo, donde la embriaguez frecuente es clave en la forma de consumir, ya no aparece como un estado fortuito sino que pasa a ser un medio para conseguir determinadas sensaciones. Aparece en los jóvenes una valoración positiva del estado de embriaguez, descrita como el estado de euforia que se intenta alcanzar para vivir la inmediatez (Iñaki, 1998). Lo que trae aparejado la aparición de fenómenos como la previa, o el del botellón, este último parece en algunas ciudades españolas y se caracteriza por el consumo fuera de circuitos comerciales, siendo lugares de encuentro calles o plazas concretas, donde se organizan una fiesta espontánea, acuden con autos, música y bebidas compradas con anterioridad lo que permite consumir a precios menores (Calafat *et. al.*, 1999).

En los *botellones* los jóvenes pretenden encontrar un espacio fuera del circuito comercial donde la estancia y el consumo les resulte más barato, al tiempo que les sirve como punto de encuentro con su gente, el botellón se ha convertido en una forma e acción colectiva, espontánea y no organizada (p. 58).

En nuestro país ocurre un fenómeno similar a “la previa” o el pre-bolicho, el cual es descrito, en el estudio realizado por el

Observatorio Argentino de Drogas (2005), como una práctica que tiene como fin la preparación y la producción del yo para salir al boliche. La idea que se mantiene es que el adolescente tiene que estar preparado para que actúen los ítems impuestos por la sociedad, que son resumidos en la tríada *diversión-deshinibición-descontrol*. El alcohol se convierte en insumo de producción del yo, se enfatizan ecuaciones sobre qué y la cantidad que se tiene que ingerir para lograr los efectos esperados, donde los juegos con alcohol parecen ser una ceremonia pragmática a la hora de juntarse a tomar. Con la juerga se pretende llegar a la producción para salir, “entonarse”, “ponerse a punto”.

Muchos autores (el 3 de febrero del 2010 comunicación personal Del Zotto y Gómez) infieren que el fenómeno de la previa surge como una respuesta por parte de los adolescentes a la prohibición de venta de alcohol después de las cero horas. A lo que se le suma la crisis económica donde las reuniones en casa o en lugares públicos permiten un consumo de bajo coste.

El alcohol es la droga elegida por la mayoría de los adolescentes porque permite una gran variedad de combinaciones, apareciendo cócteles de sustancias, mezclándose con otras bebidas alcohólicas u otras drogas utilizándose como medio para apaciguar los efectos de otras sustancias. El policonsumo es una característica común en nuestra época; existe la tendencia de consumir varias sustancias simultáneamente, el alcohol adquiere importancia en el policonsumo recreativo, combinándose con otras sustancias como el cannabis, nicotina, cocaína, drogas de diseño. Generalmente es el alcohol la sustancia elegida para comenzar la noche, a la cual se le van añadiendo las otras, terminando con el consumo de pastillas para dormir y tranquilizantes cumpliendo una función más bien a posteriori, cuando los jóvenes tienen necesidad de parar y amortiguar los efectos de sustancias estimulantes; estos nuevos patrones rompen con el mito de los consumidores de una sola sustancia (Calafat *et. al.*, 1999).

Cabe destacar, que si bien para definir las nuevas formas de consumo se habla de jóvenes, esto no implica que sean los únicos consumidores, sino que por las características de este período, la

centralidad del tiempo libre y las significaciones actuales en torno a la diversión aparecen como el grupo etéreo en el que se centralizan los imperativos sociales y las ofertas que el mercado lanza para el consumo. Becoña Iglesias (2002) caracteriza a la generación actual de adolescentes, como la “generación X”, en los cuales aparece una visión negativa hacia el futuro, baja autoeficacia escolar y poca expectativa laboral dificultando la autonomía y autoidentificación personal. En lo que se refiere al consumo de drogas, se practican conductas de riesgo que ellos ignoran o infraestiman. Los episodios de consumo excesivo se asocian repetidamente con actividades como: accidentes, cuadro de intoxicaciones, peleas, problemas psicosociales, y con lagunas de memoria.

Arizaga & Col. (2009) asocian el consumo de alcohol con la cultura bolichera, esta imprime una lógica particular al consumo de esta sustancia. Para lograr el efecto potenciador el alcohol se combina ya sea con diversos tipos de bebidas, o bien con energizante o pastillas (aspirinas, analgésicos, psicotrópicos). Las pastillas sobretodo en sectores más bajos suelen asociarse a medicamentos del botiquín de alguna casa y se mezclan para conseguir efectos más intensos. Esto lo diferencia de las drogas de síntesis que si bien aparecen en boliches de clase media (de música latina y reggaeton) o en bailantas de sectores populares (cumbia), éstas se asocian a una cultura diferente: la fiesta de música electrónica. Como sea, el boliche se asocia principalmente al alcohol y a un policonsumo, a la idea de mezclar “lo que venga”. El ejemplo paradigmático de esta idea de “lo que venga” es la “jarra loca”.

Drogas de diseño y cultura techno

Desde los años '80 hasta nuestros días se generaliza el consumo de sustancias tales como el éxtasis, las que se denominan “drogas de bailes”, por estar asociadas a ciertos fenómenos musicales (Mansilla, 2008). En un contexto de innovación química, aparece un concepto más sociopolítico que farmacológico, “drogas de diseño”. Son psicofármacos sintéticos, estimulantes, que se consumen con fines terapéuticos o lúdicos, se genera así una cultura de pastilla,

donde todas tienen el mismo significado aunque se diferencien en formas y colores, desconociendo los usuarios su composición y definiendo nuevos fines para sustancias que ya existían en el mercado (Calafat *et. al.*, 1999). Por ejemplo, las anfetaminas, las cuales fueron sintetizadas en el contexto de la segunda guerra mundial, para combatir el efecto de la fatiga, hallaron una nueva salida como drogas recreativas o para el consumo por parte de: los estudiantes en tiempo de exámenes, conductores de camiones, como método para adelgazar, por los deportistas para un mejor rendimiento (Alba, 2009).

Las llamadas “*drogas de síntesis*” (...) especialmente la metanfetamina (“éxtasis”), se encuentran ligadas fuertemente a espacios ocio juvenil del tipo “fiestas rave”, música techno, macro-conciertos públicos y estéticas corporales, donde resaltan el mecanismo de identificación junto con afectividades colectivas (Nateras, 2001 p. 28).

La cultura *techno* aparece así como paradigma del consumo de nuestra sociedad actual dando cuenta de la relación entre el consumo de sustancias, la identidad juvenil y el consumo de música, espacios e imagen. Se produce un despliegue de tecnologías musicales, químicas e informáticas para lograr estados alterados de conciencia (Romaní & Sepúlveda, 2005).

A las drogas de síntesis se le atribuyen dos propiedades fundamentales, la entactógena que es la sensación del aumento de la propia sensibilidad, autopercepción y la empatógena, es la sensación de aumento de comunicación social (Royo, Magrane, Blancafort & Ferrer, 2004). Son los efectos que se logran mediante la combinación de estas sustancias con un tipo particular de música creada a partir de las nuevas tecnologías sintetizando, grabando y manipulando piezas musicales; los disk jockey se han convertido en protagonistas de la noche, logrando un ambiente exclusivo pero efímero (Calafat *et. al.*, 1999). Estos efectos son acompañados y logrados mediante el inter juego con otros factores ambientales,

como por ejemplo, el volumen de la música, la selección de las pausas, la ventilación del ambiente y las luces. La eficacia, la exactitud, la liberación de los cuerpos, la capacidad para relacionarse y energía sin fin son elementos centrales en nuestra cultura, efectos que se buscan mediante el uso de estas drogas en espacios recreativos (Madrid García, 1997).

Marihuana y la cultura del rock

La cultura del rock se asocia especialmente a la calle y el recital, siendo la preferida de las drogas la marihuana; no hay grandes distinciones en el fumarse un porro o un cigarrillo, no por confundirse las sustancias, sino porque el modo de consumo refiere a conductas con alta tolerancia social.

Este tipo de consumo generalmente aparece ligado a sectores de clase media, y suele realizarse en lugares tanto públicos (como plazas, parques) como privados. Connota una idea de disfrute, de placer, de estar con amigos, de relajarse, “ver la realidad de otra manera” (Arizaga & Col., 2009).

Drogas duras y la cultura del reviente

La cultura del reviente es entendida por Arizaga & Col. (2009) como un consumo mayormente solitario y aislado, el cual es percibido como invasivo y peligroso. Se caracteriza por el consumo de drogas “duras” (inyectables o aspirables) asociadas con la clase alta y generalmente con adultos. “El perfil de estas drogas lo componen (...) la gente de “la farándula” (...), empresarios y todos los imaginarios que se desprenden de un universo que se “ve por la mirilla” de los medios: prostitución, sobredosis, entre otros” (p. 178). Cuando se asocia a adolescentes, el reviente se asocia a la idea de “perdición”.

Medicalización de la vida cotidiana y drogas de performance

Como plantea Jáuregui (2007) en nuestra sociedad existen dos categorías desde las que se definen las drogas; por un lado los productos que la neurobiología y la psicofarmacología han insertado en el mercado, productos que procuran un equilibrio psicológico con efectos secundarios reducidos, y con los cuales la humanidad se mejora artificialmente, permitiendo amortiguar la angustia, disminuir la agresión, estabilizar el humor. Se convierten de esta forma “dolencias anímicas” en enfermedades. En este sentido parece que el mito de la droga perfecta depende de cuestiones políticas, sociales y económicas, hay una serie de drogas que hoy se utilizan para trastornos que antes no existían, como es el Prozac. Por otro lado tenemos sustancias igualmente psicotrópicas, pero que encarnan el mito del diablo llamado *droga*, como culpable de la destrucción de la sociedad y del individuo. Su consumo conduce a la adicción y toxicomanías, relacionándose principalmente la droga a la pobreza, a la delincuencia y a la violencia.

De esta manera aparecen dos tipos de abusos, el de drogas ilícitas y el abuso de medicamentos de fácil acceso que se emplean con fines distintos a la indicación médica original (Pérez 2005, citado en Serena & col., 2009).

En los últimos años el concepto de “medicamentos para el estilo de vida”, ha permitido una nueva manera de pensar y consumir los medicamentos, desviándose de los fines de la curación hacia ideales de calidad de vida y performance social, dando lugar a un uso indebido de los mismos. Generándose una toxicomanía que abandona las características de decadencia que, por el contrario, se define por la búsqueda de efectos positivos en la socialización y una adecuada performance, en un proceso contextual donde predomina la individualización y debilitamiento de instituciones tradicionales, junto con una creciente vulnerabilidad e incertidumbre donde el individuo se ve exigido. Surge así una oferta cada vez más diversificada de sustancias reguladoras del estilo de vida que prometen una actitud más proactiva o serena según la demanda. En términos de Solal (2004), se trata de productos ansiolíticos

sedativos, y estimulantes y proactivas que conforman dos polos en los cuales se juega la “prescripción del confort” proporcionando la adaptación y la integración social (Natella, 2008).

Galende (2008) sostiene que las características de la nueva cultura y el ingreso de poderes al mercado, a través de objetos de consumo para la salud mental y como generador de subjetividades para determinar el comportamiento de los consumidores, fue una de las causas del fenómeno de medicalización. (...) La medicalización de la vida cotidiana se define como un proceso que se mantiene a los largo del tiempo. Diferenciándose de la automedicación “ya que la automedicación puede ser considerado como un hecho puntual que ocurre en un determinado momento que puede conducir o no a la medicalización de la vida cotidiana como un modo o estrategia de afrontamiento del sujeto” (Serena & col., 2009 p. 9).

A través de la medicalización se persigue farmacológicamente un bienestar perdiéndose de vista como fin la curación, adoptándose con fines asociados al bienestar personal y performance social.

Este contexto de autorregulación empuja al sujeto a acentuar los controles sobre sí mismo a fin de ser competente en términos profesionales, sociales y afectivos. El autocontrol coloca al sujeto en situaciones de inhibición, vulnerabilidad, excitación, depresión y ansiedad que tienden a ser resueltas químicamente a través de productos tranquilizantes y estimulantes. Esta batería de medicamentos cumple la función de luchar contra los síntomas más invalidantes de la sociedad actual (Arizaga, Quiña, Pistani y Ruiz 2007, citado en Serena & col., 2009).

Se medicalizan una serie de trastornos con síntomas tan amplios, que cualquier malestar encajaría; se alejan cada vez más de lo propiamente patológico, ligándose a la condición humana de la sociedad posmoderna (Jáuregui, 2007). Galende (2008) sostiene que los sujetos recurren a los medicamentos para aliviar los males subjetivos; no es más que un intento de desprenderse de los conflictos inherentes a la vida humana, volviéndola más confortable. Con el consumo de psicofármacos se busca la liberación de conflictos subjetivos, generando la ilusión de que para cada malestar o dolencia hay un fármaco capaz de calmarlo. Se piensa en esta forma de consumo, como una estrategia de afrontamiento frente a las exigencias que la sociedad impone (citado en Serena & col., 2009).

Aparecen en torno a esta modalidad de consumo, diversos intereses políticos, económicos y sociales, que se reflejan en lo que se denomina “*Disease mongering*” o vendedores de enfermedades. Las ventas de enfermedades traen como consecuencia un desdibujamiento de la noción de enfermedad y una ampliación de sus límites (Moynihan & Henry 2006, citado en Serena & col., 2009). Otra variante es la venta de síntomas poco frecuentes como epidemias de alto impacto. Un caso paradigmático de la extensión de la medicalización a otro dominio es al terreno del comportamiento sexual, por encontrarse el placer sexual en el centro de un modo de vida saludable; la nueva epidemia es la “disfunción eréctil” desde que se inventó el Viagra (Sildenafil). Este medicamento se convirtió a partir de su creación, en el más popular, superando incluso al Prozac. La alta prevalencia de la disfunción sexual refleja la importancia de nuestra obsesión cultural por la gratificación sexual que ha aumentado las expectativas de la gente y su sentimiento de no estar a la altura (Vara, 2008).

Se observa cómo el mercado crea una cultura en torno a la forma de consumo. Las campañas publicitarias, en los medios de comunicación, se convierten en el principal vehículo para estas ventas de enfermedades, en donde los medicamentos de venta libre se ofrecen como un bien de consumo como cualquier otro. Se promocionan supuestos tratamientos a trastornos psíquicos que

no son más que simples sufrimientos psíquicos. De esta manera a sustancias como el Prozac, u otros antidepresivos se le unen una serie de vitaminas, estimulantes y nutrientes que llevan a mezclar alimentación y medicalización (Jáuregui, 2007).

La medicina actual como parte de la economía del mercado, produce nuevos ideales de cuerpos y del comportamiento asociados a la belleza y a la juventud, al éxito, la eficiencia, autosuficiencia, valores de proactividad, e incluso genera la ilusión de la inmortalidad (Natella, 2008).

La medicalización es funcional a dicho proceso y a la vez lo recrea, a través de discursos y “recetas” médicas que sostienen estos ideales de identidad y se transforman en rectores de la vida de las personas, condicionando su existencia y construyendo “consumidores” (p.7).

La medicina en este contexto juega un nuevo rol, dejando de intervenir sólo sobre la enfermedad, para hacerlo sobre la salud misma, convirtiéndonos a todos en pacientes del sistema sanitario respondiendo a una lógica de biopoder que nos normaliza biológicamente en la salud, salud que no sólo responde al funcionamiento del cuerpo biológico, sino en su forma externa (medicina estética) y en la estructura psíquica con el uso de psicofármacos (Vega Balbás, 2007).

Algunos autores (Arizaga, 2008) describen cómo se insertan estos productos en el imaginario social y a qué lógica responde su consumo, apareciendo por ejemplo, el imaginario del rendimiento y el uso de las pastillas compensatorias, la supervivencia y el uso de pastillas para mantenerse a flote, la dependencia afectiva y el uso de pastillas para estar bien así el resto lo está.

(...) en el contexto de la ideología dominante -que hace del consumo la pretendida fuente de la felicidad y de la salud- se inserta el intento de las técnicas publicitarias de hacer valer más intensamente el carácter simbólico de los productos que su valor-de-uso

(acción terapéutica del principio activo), con el propósito de implementar el valor-de-cambio (condición de la “mercancía” generadora de lucro). La promoción y la comercialización de medicamentos, en el contexto de la lógica del mercado dominante, (...) se está implementando, pues, en detrimento de la función que debería otorgarse a estos productos: atender a las necesidades de alivio de síntomas o cura de enfermedades (Cabral Barros, 2008 en Serena & col., 2009).

Conclusiones

Si bien las drogas han estado presentes en todas nuestras sociedades, sus significaciones y usos han variado a lo largo del tiempo, no dependiendo tanto de sus características farmacológicas sino de los discursos que se construyen en torno a éstas, de las relaciones de hegemonía-subalternidad que los conjuntos sociales y sujetos hacen sobre ellas, y no sólo de lo que las drogas hacen con los sujetos (Romaní 2000, citado en Arrellano González, Orsola & Pavletic, 2003). De esta manera si las nuevas formas de consumo se analizan a la luz de un contexto particular como es el posmodernismo, vemos que las concepciones como el concepto monolítico de droga que no diferencia entre:

(...) los distintos patrones de consumo, tipos de consumidores, sustancias, además de no incluir criterios diferenciales respecto del daño, la dependencia o la razón por la cual se consume. (...) se asume al consumidor como un generador de daño, que altera la convivencia social y familiar (Romaní 2003, citado en Arrellano & col., 2009 p. 2).

Concepción que asocia directamente el consumo de sustancia con el estereotipo del consumidor como delincuente o desviado, parece no poder responder o poder explicar las nuevas formas de consumo.

Frente a una cultura consumista, y en donde intervienen factores económicos y políticos, las drogas se presentan como un objeto más de consumo que el mercado lanza y promociona, naturalizando su uso y disminuyendo la percepción de riesgo, las drogas como medio capaz para alcanzar las exigencias y los imperativos que la sociedad impone; en tanto a lo que se refiere a la diversión (drogas recreativas), a alcanzar una mejor performance en el trabajo, sexo, deporte, etc. (drogas para el estilo de vida o de performance) o estados que se buscan en el “salir de marcha” (por ejemplo estado de embriaguez mediante las prácticas como la previa o botellón, o consumo de drogas de diseño).

Se piensa así en la necesidad de nuevos modelos explicativos, ya que existen fenómenos que no pueden ser entendidos ni definidos bajo los discursos tradicionales que intentan explicar el consumo, por ejemplo; como respuesta a la búsqueda de evasión de la realidad, como una forma de protesta frente a modelos dominantes o desviación a la norma, sino que por el contrario, aparecen nuevos usos/abusos de sustancias como una posible estrategia del sujeto que le permitiría estar a la altura de los imperativos que la sociedad capitalista impone, exigencias en torno a las nuevas formas de identidad, mayor rendimiento, mejor performance, alarde de la diversión. Frente a estos imperativos el consumo deja de ser pensado como una desviación, sino que mediante éste se buscaría un enganche, un estar a la altura de los modelos que la sociedad posmoderna propone.

Referencias bibliográficas

- Adamson, G. (1997). Posmodernidad y la lógica cultural del capitalismo tardío. Trabajo presentado en el XI Congreso del Hombre Argentino y su cultura Debate sobre los modelos culturales a Fines de Siglo. Argentina. Documento recuperado el día 12 de diciembre del 2009 de: fuentes.csh.udg.mx/CUCSH/Sincronía/Adamson.htm
- Alba, A. (2009). Juventud en ecstasy: el futuro que estamos viviendo. Liberaddictus. Recuperado el 3 de febrero del 2010 desde: www.infoadicciones.net
- Arrellano, M; Gonzáles, R.; Orsola, G. & Pavletic, F. (2003). Cannabis: imágenes, sujetos, discursos y contextos. Última década, vol. 19, (pp. 1-28). CIDPA. Viña del Mar. Chile. Recuperado el 20 de marzo del 2009 desde: <http://www.cidpa.org/txt/19art8.pdf>
- Arizaga C. & col. (2009). El consumo de drogas como consumo cultural. La problemática del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes desde la cultura del consumo. Observatorio Argentino de Drogas. SEDRONAR. Recuperado el 21 de marzo del 2010 desde: <http://www.observatorio.gov.ar/estudiosdelprograma.html>
- Arizaga, M. C. (2007). La medicalización de la vida cotidiana. Los psicotrópicos como “pastillas para el estilo de vida”. *Revista científica de ECES*. Vol XI. N°1. pp. 11-34
- Barovero, M.; Belmonte, F. & Seminario, R. (2003). Prevención primaria para el uso indebido de drogas. Usos actuales en las prácticas de las ONGs de la ciudad de Córdoba. Trabajo Final de Licenciatura, Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Córdoba. Argentina.
- Becoña Iglesias, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid.
- Bermúdez, E. (2008). Roqueros y roqueras, pavitos y pavitas, skaters, lesbianas y gays. El papel del consumo cultural en la construcción de representaciones de identidades juveniles (El caso de algunos grupos de jóvenes que van a los malls en Maracaibo, Venezuela). *Rev. Latinoamericana de ciencias sociales, niñez y juventud*, Vol.6 (pp.615-666).
- Calafat, A.; Monserrat, J.; Becoña, E.; Fernández, C.; Gil Carmena, E.; Palmer, A.; Sureda, P. & Torres, M. (1999). Salir de marcha y consumo de drogas. Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid. Documento recuperado el 5 de enero del 2010 de: www.irefrea.org/archivos/sa/sexualidad_drogas.pdf

- Capriati, A. (2007). Prácticas y culturas juveniles en el Gran Buenos Aires: contexto social y desafíos teóricos. Primera Reunión Nacional de Investigadores En Juventudes. Eje analítico problemático N°1 identidad y alteridades. Documento recuperado el 12 de diciembre del 2009 de: http://www.iigg.fsoc.uba.ar/jovenes_investigadores/4jornadasjovenes/EJES/Eje%201%20Identidades%20Alteridades/Ponencias/CAPRIATI,%20Alejandro.pdf
- Ferrer, X.; Sánchez, L. & Salvador, T. (1991). Prevención y drogas: la asignatura pendiente. *Anuario de psicología*. N°49. (pp.79-96).
- Gómez, R. A. & Carrizo, M. (2008). Transformaciones en el mercado y consumo de drogas en Córdoba. Parar la Olla. Periódico hoy la universidad (2008). N°38 (Abril). Universidad Nacional de Córdoba. Argentina. Documento recuperado el 29 de enero del 2010 de: <http://www.unc.edu.ar/institucional/periodicohoylauniversidad/2008/numero-38/parar-la-olla>
- Iñaki, G. (1998). Las drogas, una industria capitalista y opresora, y la juventud abertzale. Red Vasca Roja. Documento recuperado el 24 de junio del 2009 de: <http://www.cajei.cat/documents/formacio/problematicues/drogodependencies/Las%20drogas,%20una%20industria%20capitalista%20y%20opresora,%20y%20la%20juven.pdf>
- Jáuregui, I. (2007). Droga y sociedad: la personalidad adictiva de nuestro tiempo. *Nómadas*. N°016. Universidad complutense de Madrid. Madrid. España. Documento recuperado el 17 de mayo del 2009 de: redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=18101609
- Luque, L. & Gómez, R. (2010). Versión preliminar de la Escala de dependencia psicológica hacia la tecnología. *Revista Conexiones*, Asociación Argentina de Salud Mental. [En prensa].
- Madrid Matus, C. (2000). Tribus Urbanas: entre ritos y consumos. El caso de las discoteque Blondie. *Última década* N°13. (pp. 97-120).
- Mansilla, C. (2001, Noviembre). Isla de Pascua: sentido y significado del consumo de drogas en jóvenes Rapa Nui. Un estudio de factores psicológicos, socioculturales e individuales. *Psicología científica*. Universidad de Valparaíso. Documento recuperado el 24 de noviembre del 2009 de: www.psicologiacientifica.com/.../psicologiapdf-165-isla-de-pascua-sentido-y-significado-del-consumo-de-drogas-en-jovenes-rapa-nui-u.pdf
- Mansilla, J. C. (2004, noviembre-diciembre). Tribus urbanas y consumo de sustancias. *Liber Addictus* Núm.82. Documento recuperado el 24 de noviembre del 2009 de: <http://infoadicciones.net/Pdf/0852-82.pdf>

- Molina Mansilla, M. (2008). Evolución histórica del consumo de drogas: concepto clasificación e implicaciones del consumo prolongado. *International e-journal of criminal sciencie*. Art. 2 N°2 (pp.1-30).
- Natella, G. (2008). “La creciente medicalización contemporánea: prácticas que la sostienen, prácticas que la resisten en el campo de la salud mental”. En Cannellotto A. y Luchtenberg E. (coord.) *Medicalización y sociedad: Lecturas críticas sobre un fenómeno en expansión*. (pp.7-49).
- Nateras, D. (2001). “Jóvenes urbanos y drogas sintéticas: los espacios alterados”. *El cotidiano*. Vol. 21. N°109. (pp.28-36). Universidad Autónoma Metropolitana. México.
- Notta, J. (2005). *Representaciones sociales que circulan en el espacio cotidiano de padres e hijos adolescentes en relación al consumo de sustancia*. Trabajo Final de Licenciatura, Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Córdoba. Argentina.
- Observatorio Argentino de Drogas (2005). Imaginarios sociales y prácticas de consumo de alcohol en adolescentes de escuelas de nivel medio. Documento recuperado el 8 de noviembre del 2009 de: www.observatorio.gov.ar/.../Imaginarios_Sociales_y_Practicas_de_consumo_de_Alcohol_en_Ad.pdf
- Pallarés Gómez, J. (2004). Drogas, consumo y culturas juveniles. Monografías humanísticas. Fundación Medicina y Humanidades Médicas. N°5 (pp.85-94).
- Piña Narvárez, Y. (2007, Abril). Construcción de identidades (identificaciones) juveniles urbanas: movimiento cultural Underground. El hip-hop en sectores populares caraqueños. Cultura y transformaciones sociales en tiempos de globalización. Perspectivas latinoamericanas (pp.163-180).
- Rodríguez de Fonseca, F. (2006). La investigación en drogodependencias. Introducción. En J. Ballesteros (ed.) *Formación continuada en trastornos adictivos* (pp.9-18). España: Sociedad Española de Toxicomanías.
- Romaní, O. & Sepúlveda, M. (2005). Estilos juveniles, contracultura y política. *Polis revista de la Universidad bolivariana*. Vol 4 N°001. Santiago. Chile. Documento recuperado el 15 de diciembre del 2009 de: redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve.
- Royo, J.; Magrane, M.; Blancafort, F. & Ferrer, J. (2004). Drogas de síntesis: del uso al policonsumo. Algunos riesgos asociados a una propuesta de intervención terapéutica. Jóvenes, adolescentes y drogas en el siglo XXI. ¿ocio o patología? ¿Cómo intervenir? Series. Art 60.887 (pp.209-213).

- Sánchez, R. (2005). Análisis de las construcciones discursivas respecto de las drogas, los consumidores y el consumo comprometidas en la ley 19.366 de 1995, a través del análisis de las transcripciones parlamentarias. Memoria para optar al título de psicólogo. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Chile. Documento recuperado el 27 de mayo de 2009 de: http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2005/sanchez_r/sources/sanchez_r.pdf
- Serena, F. & col., (2009). *Efecto de las publicidades de medicamentos sobre el afrontamiento y la vulnerabilidad al abuso de drogas*. Trabajo Final de Licenciatura en Psicología. Universidad Nacional de Córdoba. Argentina.
- Slapak, S. & Grigoravicius, M. (2006). Consumo de Droga: La construcción social de un problema social. *Anuarios de investigaciones* Vol.14 (pp.239-249).
- Vara, A. M. (2008). Cómo medicalizar la vida diaria: la creación de enfermedades o “disease mongering”. Evidencia actualización de la práctica ambulatoria Vol.11. N°5 (pp. 130-132).
- Vega Balbás, R. (2007). Bioidentidad y medicalización. Una lectura biopolítica del Tdah. *Arteterapia. Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*. Vol.2 (pp.51-61).

ADICCIONES COMPORAMENTALES

Leticia E. Luque

Cuando se indaga entre el común de la gente, la mayoría asocia el término “adicción” al consumo de cierto tipo de sustancias, tales como la cocaína y el tabaco, pero tiene dificultades para relacionarlo con otros comportamientos como el uso de videojuegos o el trabajo (Konkolý Thege et al, 2015). Sin embargo, las adicciones “sin sustancia” comienzan a ser reconocidas, siendo un paso importante en esa dirección la inclusión de la ludopatía como trastorno adictivo en el DSM-5 (APA, 2014; Pinna et al, 2015).

En 1990, I.Marks propuso el término “adicciones comportamentales” para referirse al conjunto de comportamientos propios de la vida humana, que se escapan de control, y cuyos síntomas y efectos son equivalentes a los de adicciones químicas. Así, una adicción comportamental implica que de la realización normal de una conducta se pasa a otra que es excesiva y desadaptativa, surgen síntomas propios de la tolerancia y el síndrome de abstinencia, se evidencian fallos en los intentos de controlar la conducta, hay persistencia en el comportamiento más allá de tener conciencia de problema, y aparecen consecuencias de diversa índole sobre la vida del adicto.

Teniendo en cuenta lo anterior, puede afirmarse que la diferencia entre las adicciones a sustancias y las comportamentales es que éstas involucran conductas que todos realizamos, socialmente aprobadas – e incluso favorecidas -, y por lo cual se dificultan su

reconocimiento, prevención, detección y tratamiento. Son conductas habituales que se tornan problemáticas por distintas razones y en distintos sentidos.

¿Son “nuevas” adicciones?

Suele considerárselas como nuevas adicciones, y ello se debe a que hay factores contemporáneos que propician su aparición y desarrollo, llevando a pensarlas como adicciones propias de la modernidad o la postmodernidad.

Entre tales factores pueden incluirse el estrés abrumador, la paradójica soledad en la era de la comunicación, el tedio permanente, la degradación de la familia, la extensión de la depresión a lo largo de toda la vida, el consumismo, el materialismo y por sobre todo, la gran disponibilidad de los objetos adictivos (Ades y Lejoyeux, 2003; Alonso Fernández, 2003; Sussman y Sussman, 2011; Buckner, Castille y Sheets, 2012).

No obstante, pueden reconocerse en la historia casos que dan cuenta de estas adicciones con anterioridad al siglo XX. Dostoievsky fue un reconocido ludópata, Felipe IV un adicto al sexo, Madame de Bovary una adicta a las compras, entre otros. El ejemplo más antiguo de adicción comportamental descrita en los ámbitos médicos es la adicción a las compras, que suscitó numerosos artículos científicos desde 1880, de manera que la psiquiatría de comienzos de siglo XX (Kraepelin en 1915, Bleuler en 1924) incluyó su descripción, denominándola “oniomanía”. En sentido similar, la “neurosis de los domingos”, descrita por Ferenczi, podría considerarse como una temprana descripción de la adicción al trabajo. Inversamente, las adicciones tecnológicas no existían a comienzos del siglo XX, ni había descripciones de la adicción al ejercicio físico hasta hace pocas décadas.

En virtud de lo anterior, el adjetivo “nuevo” es relativo; algunas adicciones comportamentales lo son y otras no. Por ello solo debería usarse para referir a que las descripciones e investigaciones son más recientes en el tiempo que las efectuadas para las adicciones a sustancias, así como su conceptualización e inclusión en los manuales de diagnóstico en salud mental.

¿Adicción o usos y consumos problemáticos?

La propuesta de Marks (1990) puso en la palestra el concepto de adicción, obligando a teóricos y clínicos a analizar su significado etimológico, científico y social, así como la amplitud y la flexibilidad explicativas.

Si bien autores como Valleur y Matysiak (2005) afirman que no es frecuente encontrar adicciones comportamentales o personas aquejadas por los efectos negativos de una adicción de este tipo, tal postura es reduccionista. Al decir esto desconocen que uno de los problemas de las adicciones comportamentales es que, al provenir de conductas normales, propias de todo ser humano, se dificulta el reconocimiento de la patología, tanto por parte de la persona aquejada como desde su contexto. Además, los estragos físicos que producen las drogas o el alcohol no son los únicos efectos negativos de las adicciones; existen consecuencias negativas a nivel de vínculos, de actividades cotidianas, de lo cognitivo, de lo económico y de lo laboral-educacional,. No puede negarse que también hay consecuencias físicas en las adicciones comportamentales, siendo las más claras las que se producen en las adicciones a la comida, al sexo y al trabajo.

El consumo o uso (tanto de drogas como de otros objetos), que quizás empezó como una experiencia esporádica sin aparente trascendencia, puede caracterizarse como adicción cuando se convierte en una conducta alrededor de la cual se organiza el total de la vida del consumidor. Se desarrolla una fuerte dependencia psicológica hacia el objeto adictivo, y de este modo se actúa de forma compulsiva y perdiendo interés por otras actividades que anteriormente habían sido gratificantes. Es decir, hay un objeto que puede caracterizarse como adictivo, y ese objeto es el centro de la existencia, dando lugar a una *existencia adictiva* (Alonso Fernandez, 2003), o un estilo de vida problemático (Sussman y Sussman, 2011).

En términos generales, se concibe a la adicción como un patrón desadaptativo de consumo en la persona, que implica la existencia de abuso o un uso excesivo o indebido de algún objeto, en perjuicio propio o ajeno, acarreando una dependencia, la cual conlleva a un

deterioro o malestar clínicamente significativo. Sin embargo, no es tan claro qué definición usar, que sea aceptada y comprendida en todos los ámbitos (político, legal, médico, psicológico, social, educativo, policial, neurológico, *et sim*).

Por ello, en algunos contextos se propone no usar el término “adicción” para referirse a comportamientos como la ingesta alimenticia y el uso de tecnologías, aludiendo tanto a los problemas conceptuales como a la carga peyorativa y/o la connotación negativa del mencionado término. Así, por ejemplo, Yellowlees y Marks (2007) proponen hablar de “uso problemático de tecnologías” en lugar de hablar de adicciones tecnológicas, y del mismo modo suele hablarse de consumos problemáticos o compulsivos, evitando adoptar el término adicción.

Considerando lo anterior, Sussman y Sussman (2011) llevaron adelante un estudio cualitativo sobre las definiciones proporcionadas por artículos médicos y psicológicos, y encontraron cinco elementos comunes a todas las definiciones. Los mismos serían: a) el comportamiento comprometido en lograr efectos apetitivos, b) la preocupación asociada al comportamiento, c) la pérdida de control, d) las consecuencias negativas sufridas, y e) la saciedad temporal; este último componente solo aparece en un 20% de los estudios analizados, pero lo incluyen por la importancia que tiene en el comportamiento adictivo y su reforzamiento. Los autores consideran que los elementos por separado pueden llevar a nociones diferentes, o a la descripción de otros trastornos, pero es el conjunto lo que definiría qué es una adicción¹. Esta es la definición que adoptamos en el presente capítulo.

Clasificación

Cuando se habla de “adicciones comportamentales”, se hace referencia a la ejecución de una conducta que por sí misma no es perjudicial, pero que se torna problemática por diversos motivos

¹ Consideran también que intentar definir las adicciones puede llevar a cometer errores, y hasta prevén la posibilidad de que con el tiempo el término “adicción” termine abandonándose en pro de un nuevo término, que por el momento no existe, y que en todo caso exige la elaboración de un modelo teórico complejo aun inexistente.

y pasa a realizarse de manera excesiva y/o compulsiva (Ades y Lejoyeux, 2003; Griffiths, 2015; Pinna et al, 2015).

Por desconocimiento se suele bromear diciendo “soy adicto al chocolate”, “acá somos todos adictos a la cama”, o “tengo una adicción al dinero”, dándose a entender que cualquier conducta repetida, afición o hábito puede caracterizarse como conducta adictiva. Esta falta de comprensión de la problemática adictiva, lleva a la vulgarización de una temática que es seria y preocupante. Por eso debe considerarse que solo se trata de una adicción cuando la afición a un objeto o el hábito de realizar una actividad se transforma en una necesidad.

Al respecto hay que tener presente que diversas actividades legalizadas por la sociedad – en ocasiones, fuente de felicidad – pueden dejar de cumplir su misión gratificante para esclavizar al ser humano, primero con la pérdida de la libertad y después por la acumulación de efectos nocivos sobre su persona. Distintos autores (Marks, 1990; Echeburúa y Corral, 2010; Echeburúa, Corral y Amor, 2001; Griffiths, 1995) señalan que cualquier conducta normal placentera es susceptible de convertirse en un comportamiento adictivo. La “anormalidad” de una conducta se produce en función de la intensidad, de la frecuencia o de la cantidad de recursos invertidos y, en último término, en función del grado de interferencia en las relaciones familiares, sociales y laborales. Por lo tanto, no es la actividad concreta la que define la dependencia, sino la relación que se establece con ella; esta es una relación negativa, incluso destructiva, que el sujeto se muestra incapaz de controlar.

Sussman, Lisha y Griffiths (2011) afirman que en el espectro conductual sobresalen, por su mayor extensión epidemiológica o prevalencia, las adicciones al alimento, al sexo, a la compra, al juego, al trabajo, y a Internet. Pinna et al (2015) incluyen trastornos asociados al juego (ludopatía y videojuegos on-line) y la adicción a internet, por las discusiones efectuadas para el DSM-5, pero reconocen que la literatura científica describe otras como la compra compulsiva.

Hay investigaciones que caracterizan las adicciones al amor (dependencia afectiva), al ejercicio físico, a distintas TIC (televi-

sión, computadoras, teléfonos, videojuegos), al estudio, al tango, e inclusive a la religión. De la misma forma podrían enumerarse distintos estudios con clasificaciones diversas, y seguramente las características de la sociedad actual llevarán a la descripción de otras conductas adictivas. En este sentido puede decirse que el único límite claro entre lo normal y lo patológico reside en la demanda de la persona: es la única que sabe si una determinada conducta se impone como el eje de su vida, siendo fuente de sufrimiento, y sintiéndose incapaz de poner fin o control a dicha conducta.

Por otro lado, al no ser clara la aplicación del término adicción, las clasificaciones varían. Por eso, en todos los casos es preciso determinar cuáles son los criterios utilizados para caracterizar al comportamiento como “trastorno adictivo”, siendo el malestar clínico y las consecuencias negativas los indicadores fundamentales.

Etiología, diagnóstico y tratamiento

La *etiología* o la *causalidad* de todas y cada una de las adicciones comportamentales comprende una serie de **factores de riesgo o de vulnerabilidad**, ninguno de los cuales es suficiente ni imprescindible (Alonso Fernández, 2003; Sussman y Sussman, 2011). Por ejemplo, el materialismo podría ser un factor de riesgo para la adicción al trabajo y la ludopatía (Roberts y Pirog, 2013), mientras que la soledad y la depresión son descritas como factores de riesgo para la adicción a internet (Yellowlees y Marks, 2007), pero claramente no son determinantes, y nunca hay causas únicas para desencadenar la escalada adictiva.

La constelación de factores de riesgo incluye características y antecedentes familiares, personalidad y trastorno psíquico previo (Buckner, Castille, & Sheets, 2012), así como las condiciones socio-culturales o ambientales (la disponibilidad ambiental de objetos de consumo, la publicidad, la falta de alternativas, el tedio). También se incluye la posible intervención de un factor de vulnerabilidad de corte genético puro (localizado en el gen A del cromosoma II, regulador de la codificación de los receptores dopaminérgicos D₂ y D₃).

Puesto que intervienen casi los mismos factores en la determinación de las distintas adicciones, es preciso especificar que la caída en una u otra modalidad de adicción, o en una o varias adicciones, es más una cuestión de oportunidad o de contingencia casual.

El *diagnóstico* de las adicciones comportamentales ofrece grandes dificultades durante las primeras etapas de evolución. La principal dificultad es que prevalece la actitud de negación o desconocimiento hacia la presencia de un enganche patológico con un objeto (socialmente aceptado), hasta el punto de que la persona – y en general su entorno social – tarda mucho tiempo en reconocer la pérdida de control sobre la conducta. Además, en muchos casos la conducta adictiva suele aparentar la entrega a una afición entusiástica; el caso más claro es la adicción al trabajo que en general se confunde con responsabilidad y compromiso laboral. Esto justifica que se haya denominado a las adicciones comportamentales como **enfermedades de la negación y trastornos invisibles**.

En relación con el *tratamiento*, se considera que puede aplicarse el mismo que para las adicciones químicas, integrado por psicofármacos y psicoterapia (Griffiths, 2015). Los psicofármacos se seleccionan entre los agonistas de la serotonina y los antagonistas de la dopamina y los opioides. La modalidad de psicoterapia es variable, siendo deseable un abordaje que incluya herramientas cognitivo comportamentales y sistémicas, a fin de inducir la modificación de creencias adictivas y el reaprendizaje de hábitos, desarrollar un nuevo estilo de vida, y establecer una relación saludable con el objeto adictivo. Al respecto de esto, cabe señalar que en las adicciones comportamentales no es posible imponer un objetivo de abstinencia total, porque no puede exigirse a alguien que deje de vivir (comer, trabajar, amar, jugar...); son más efectivos el acompañamiento en la búsqueda de y el involucramiento en actividades gratificantes, y la guía en el paso de un esquema cognitivo distorsionado a uno flexible y en control.

El caso de la adicción a la tecnología

El avance científico produce dispositivos tecnológicos cada vez más sofisticados que satisfacen necesidades concretas. Pero herramientas y dispositivos tecnológicos que deberían satisfacer necesidades y resolver problemáticas humanas, en algunos casos – y de forma paradójica – renuevan o generan otras necesidades. Así, encontramos personas dependientes de las tecnologías de información y comunicación (TIC), a saber: computadoras, videojuegos, televisión, telefonía e Internet.

Los usos abusivos y patológicos de las TIC mencionadas en general son estudiados como formas independientes de las llamadas adicciones tecnológicas (Griffiths, 1995). Sin embargo, se observan casos en que hay interacciones o comorbilidad de usos abusivos, favorecido por la combinación de tecnologías² que ha llevado a su hibridación, y a que en un mismo tipo de dispositivo (actualmente los teléfonos móviles inteligentes) es posible acceder a todas las aplicaciones y prestaciones.

En la actualidad los jóvenes dedican menos tiempo a la televisión en comparación con la población adulta, pero le dedican al menos dos horas diarias; dedican tiempo a videojuegos y a las diversas prestaciones de internet, sea en su teléfono móvil o en otros dispositivos portátiles. Es decir, consumen al menos ocho horas diarias frente a distintas “pantallas”, para lo cual deben restar tiempo a otras actividades como estudiar o dormir. Pero es erróneo suponer que los más jóvenes, solo por serlo, sufren adicciones tecnológicas y afirmar que los adultos no. Si bien los niños y adolescentes son más vulnerables – y por ende requieren protección –, hay un grupo cada vez más amplio de personas adultas que consumen y usan todo tipo de presentaciones y objetos tecnológicos, que niegan haber perdido el control sobre dicho consumo-uso, sin entender que la tecnología se ha convertido en el centro de su existencia y que justifican su consumo-uso hablando de “la necesidad” de hacerlo.

² Se puede ver televisión en la computadora y en los teléfonos; navegar por internet en los teléfonos y en las consolas más nuevas de videojuegos; videojugar en la computadora, en internet, en la tele y en los teléfonos; llamar por teléfono mediante la computadora; escuchar música y ver videos en los teléfonos, etc.

A continuación exponemos un caso que puede ilustrar mejor en qué consiste la dependencia hacia la tecnología en una persona adulta.

MLF es un profesional de la comunicación, de 31 años de edad, que usa la tecnología para su trabajo. Ha iniciado terapia luego de la ruptura con su pareja. Sin embargo, en la fase diagnóstica quedó claro que el verdadero problema es el uso que hace de las tecnologías, siendo sus dificultades para relacionarse una de las consecuencias de lo anterior. En la descripción de un día normal de su vida cotidiana se advierte que los distintos aparatos de tecnología son el eje sobre el que gira su existencia. Posee dos teléfonos móviles de empresas distintas y de última generación (“no puedo arriesgarme a quedarme sin crédito, sin carga o sin señal”; “siento que me muero cuando no tengo los teléfonos cerca”, “jamás apagaría el celu ...”) y servicio de televisión de última generación (“no puedo mirar televisión si no tiene cientos de canales”, “me desespera perderme algún capítulo de xxx(serie)...”, “voy y vengo por el menú de programación hasta que encuentro algo para mirar...”; “no puedo dormir sin televisión, así que está programado para apagarse solo”). Cuenta con *notebook* para trabajar en su dormitorio y otra en su escritorio de trabajo, además de *netbook* y *tablet* para viajar o usar en diversas circunstancias (ej: esperar en un banco). Afirma que posee todos los dispositivos tecnológicos conocidos, menos un videoconsola, porque video-juega en su teléfono, en general, y en ocasiones en alguna de las computadoras.

La imposibilidad de despegarse de los dispositivos tecnológicos en las últimas vacaciones (hasta se llevó su propio tv) también es indicador de uso desadaptativo de tecnología. Acepta que ha tenido algunos problemas con sus jefes por no concentrarse en su trabajo (constantemente revisa el teléfono y responde la mayoría de los mensajes sin importar dónde o con quien está, chatea con compañeros de trabajo, mira las noticias en las tv de la oficina, lee el diario en internet). Asegura que considera su mejor amigo al compañero de oficina porque “tiene los mismos gustos que yo, nos pasamos horas mirando en internet qué tecnologías nuevas hay y cómo comprarlas más barato”. Afirma que tiene muchos “amigos”

en las redes sociales a las que pertenece y que estas relaciones le demandan bastante tiempo de su día; además, siendo comunicador, se siente en la obligación de estar constantemente informado e informando a sus contactos. A esto se suma que debe actualizar su blog profesional todos los días; señala que “algunas veces estoy harto de hacerlo, pero sin un blog no existís como periodista...”. En relación a sus proyectos a futuro, afirma que no tiene sentido hacer planes cuando no hay dinero para cumplirlos. Se siente frustrado porque no le alcanza para pensar en viajes, o invertir en una casa, un automóvil o algo similar, como tampoco para mantener a una familia; al profundizar en este tema surge que en realidad la mayor parte de sus ingresos son utilizados en ingentes gastos en nuevas tecnologías, servicios de internet y televisión, y facturas de telefonía móvil. Cuando se siente aburrido, solo, cansado, triste, preocupado, enojado o ansioso no piensa en salir con amigos, hacer deportes o desarrollar algún hobby; por el contrario, el primer impulso es de enviar mensajes a otros para ver qué están haciendo, o actividades que en cualquier caso involucran el uso de TIC; es decir, busca resolver sus problemas emocionales usando tecnologías, no pudiendo reconocer que el uso de las TIC también es fuente de esos problemas emocionales.

Si bien su trabajo requiere el uso de tecnologías, MLF está excesivamente implicado con las mismas al punto de que no puede separar qué uso es instrumental (adecuado y productivo) y qué uso no lo es. El núcleo de su problema radica en no poder dejar de usarlas en su tiempo libre (después del trabajo, fines de semana, vacaciones), los conflictos y las dificultades que le ocasiona con otras personas el uso permanente de las mismas, la preocupación y la ansiedad que siente cuando se ve privado o impedido de usar sus dispositivos de tecnología, y en particular, la sensación de vacío y/o la angustia que siente cuando no está usando algún dispositivo tecnológico o cuando no puede acceder a alguna tecnología de última generación.

De lo anterior se desprende que cumple varios criterios para ser diagnosticado como un adicto al teléfono móvil, la mayoría de los criterios de adicción a internet y a la televisión, y varios

comportamientos compulsivos relacionados con otras tecnologías (en particular con las computadoras); pero MLF no es totalmente dependiente de ninguna de las TIC mencionadas y por ende, no podría ser diagnosticado o tratado como un adicto. No clasifica como adicto de una tecnología específica, pero el comportamiento en general muestra que es dependiente del objeto “tecnología”, por el uso indiscriminado, desadaptativo y compulsivo que realiza de varias TIC, de forma simultánea y combinada; es decir, es tecno-dependiente o adicto a la tecnología.

En la adicción a la tecnología hay convergencia de varios factores. Puede reconocerse la existencia de problemas emocionales, tales como depresión, ansiedad y soledad, no solo actuales sino también en la historia pasada, y que condicionan el comportamiento actual. En general, hay rasgos de personalidad lábil, que incluye impulsividad, introversión, rigidez, obsesión, negativismo, estados de ánimo disfóricos, autoestima baja, poca conciencia de sí y poca capacidad de comunicación interpersonal. Pero no todo se debe a factores internos y subjetivos.

En el caso de la tecnología, más que en otras adicciones, puede reconocerse la influencia de factores externos. Una familia permisiva y/o disfuncional, sin comunicación asertiva, configura un contexto sociofamiliar favorecedor de adicción. Sin embargo, más relevante que esto es la cultura de consumo en que vivimos y la disponibilidad de productos tecnológicos al alcance de la mano. El abaratamiento de costos, la creciente amplitud de la oferta y lo “percedero” de las TIC (cada día hay algo nuevo que deja obsoleto lo anterior), son el caldo de cultivo ideal para la tecno-dependencia. Lo anterior se combina con la falta de otras actividades de esparcimiento u ofertas de entretenimiento atractivas –en particular para determinados grupos sociales-, configurando un complejo factor social que favorece y estimula el desarrollo de la adicción a la tecnología.

Es preciso señalar que las TIC en sí mismas no son nocivas; se convierten en nocivas al usarlas más allá de la necesidad que debían satisfacer en su origen. El acceso indiscriminado a las TIC, propiciado conjuntamente por el consumismo, la disponibilidad

y el abaratamiento, favorece el enganche con todas y cada una de ellas. El poder de fascinación que producen “las pantallas” y la obsolescencia tecnológica son factores claves de la dependencia. Al respecto, es válido cuestionarse si es posible romper este círculo vicioso y de qué forma podríamos hacerlo, siendo que ni siquiera recordamos cómo era el mundo antes de las tecnologías digitales.

Dado la importancia y la injerencia que la tecnología tiene en el mundo actual, sería ilógico pensar en prevenir el desarrollo del uso abusivo o patológico de aquella recurriendo a la eliminación de las TIC de la vida de un adicto, o bien llegar al extremo de prohibir y penalizar su uso. A fin de controlar el desarrollo de las adicciones de este tipo es preciso efectuar acciones preventivas y las mismas deben ser de índole educativa; esto implica que deben estar orientadas al aprendizaje y al re-aprendizaje de uso, en los más jóvenes y en los mayores respectivamente. La mayoría de los autores coinciden en que las acciones preventivas deben estar dirigidas a los más jóvenes, para quienes las TIC son un elemento natural en su mundo y cultura. Pero no es posible desconocer que entre los adultos hay adictos a la tecnología y las acciones preventivas no pueden obviar a este grupo etario.

Más aun, que los adultos estén muy implicados en el uso de las TIC complejiza la posibilidad de prevenir. Por un lado, son los adultos quienes deben formar a los más jóvenes en el uso adecuado e inteligente de la tecnología, y por otro, son los mismos adultos los que desarrollan nuevas tecnologías, las consumen, y quienes alientan directa (comprando la consola de videojuego de última generación para sus hijos, por ejemplo) e indirectamente (cambiando su teléfono móvil cada seis meses, por ejemplo) al uso compulsivo de las TIC. En consecuencia, es necesario desarrollar prevención universal (dirigida a todo el grupo diana) y no una prevención selectiva (dirigida sólo al grupo de más riesgo).

El primer paso es, sin dudas, el dar a conocer este trastorno. La difusión de información sobre el potencial adictivo de las tecnologías es necesaria para que el trastorno pueda prevenirse o detectarse en las primeras fases (Luque, 2011); la misma es responsabilidad de la familia y la escuela, en relación a los más jóvenes.

A su vez, los profesionales de la salud tenemos la responsabilidad de informar y alertar a los adultos respecto a este nuevo trastorno y todos lo que están asociados al mismo. Finalmente, la difusión también debe ser llevada a cabo por las empresas que manejan las TIC; así como las tabacaleras se vieron obligadas a difundir que fumar es perjudicial para la salud, las empresas que desarrollan y lucran con las TIC deben difundir las consecuencias nocivas del uso excesivo y desadaptativo de las mismas.

Al margen de cuáles sean las acciones y los niveles de prevención, lo relevante es la meta que se desea alcanzar. Las acciones deben apuntarse a usar las tecnologías sin riesgos, incluyendo como riesgo la posibilidad de caer en una adicción. Esto implica que en una actuación preventiva deben señalarse tanto las ventajas que nos reportan las TIC como los riesgos que suponen; asimismo, deben analizarse los factores de riesgo y los de protección; solo así es posible que se adquiera una visión crítica de la tecnología, y determinar el límite entre el uso adecuado y el que no lo es.

En cuanto al diagnóstico y tratamiento, programas como el Proyecto Hombre (Burgos-España) reportan bajo porcentaje de consultantes exclusivamente adictos a la tecnología o a alguna tecnología específica (Internet en particular). Los casos se presentan, en su mayoría, conjuntamente con otra adicción o en policonsumidores, llegando a un 40% la correlación entre drogodependencia y adicción a alguna tecnología (Jesús Funes, 2008). De igual manera, las contingencias se producen entre los usos problemáticos de TIC y otras adicciones comportamentales como la ludopatía, la compra compulsiva y la labordependencia. Estos trastornos son propios de sujetos adultos y es por ello que afirmamos que la adicción a la tecnología es una problemática que **no** es privativa de un etario específico, como erróneamente suele aseverarse, y que tampoco es exclusivo de alguna clase social.

No acordando con el planteo de Pérez del Río (2014) respecto a la adicción a Internet, se afirma que una de las mayores dificultades en las adicciones a las TIC es la falta de *conciencia de problema*, tanto en el adicto como en su entorno y en los profesionales de la salud. En otras adicciones, las consecuencias de los comporta-

mientos adictivos son desencadenantes de crisis, que generalmente llevan al tratamiento. En cambio, en las adicciones tecnológicas las consecuencias no son claras ni son percibidas como gravemente perjudiciales, de modo que la conciencia de que hay un problema relacionado con las TIC es muy baja. A ello se suma que el entorno en general no detecta tampoco el problema por desconocimiento del potencial adictivo de las TIC; antes bien, las conductas de uso compulsivo de tecnologías son reforzadas positivamente y los adictos gozan de un prestigio inmerecido.

El primer paso para corregir tal situación es diagnosticar correctamente. Los profesionales de la salud deben conocer los signos propios del trastorno para poder detectarlo. Es importante la utilización de instrumentos como el desarrollado por Luque y Gómez (2010) en nuestro contexto, ya que permite determinar adicciones específicas hacia las distintas TIC y a la vez determinar si se abusa o depende de la tecnología en general. Esto debe estar complementado con observación de comportamientos (incluyendo horas de uso diario y tipo de uso de cada tecnología), indagación sobre posesión y adquisición de TIC, evaluación de las consecuencias físicas, sociales, vinculares, económicas y psicológicas derivadas del uso, y especialmente debe efectuarse la valoración del estado emocional.

Dado el alto índice de comorbilidad que existe entre la adicción a la tecnología y otras adicciones, es fundamental que en la fase diagnóstica se determine si el caso que se evalúa es un *caso puro* (solo adicto a las TIC) o no, porque ello determinará el tipo y la secuencia de objetivos que deben plantearse en el tratamiento.

En cuanto al tratamiento psicológico para este trastorno, el objetivo general debe ser la modificación de la conducta patológica relacionada con las tecnologías. Exigir la abstinencia total, como forma de romper el ciclo adictivo, sería privar a la persona de vivir en la sociedad actual. Aislarla de las TIC es impensable y si fuera posible hacerlo, se le convertiría en un analfabeto funcional. Por esto es que el tratamiento debe enfocarse en la eliminación del patrón comportamental desadaptativo, lo cual supone la modificación de pensamientos, actitudes y valores, la búsqueda de resolución a los

problemas emocionales y/o de relación que subyacen a la adicción, y particularmente, la creación de un nuevo estilo de vida que consista en usar tecnología pero sin depender de ella (Luque, 2011).

Todo lo anterior supone el establecimiento de objetivos específicos, que marcarán la secuencia del tratamiento. Para el cumplimiento de algunos se requerirá de trabajo individual con el adicto, y otros de trabajo grupal, en particular si se considera que los adictos a las tecnologías suelen ser sujetos socialmente aislados o con muchos problemas relacionales. El trabajo con la familia o la pareja también es imprescindible, ya que es el entorno más cercano el que debe brindar contención y comprometerse en el proceso de re-aprendizaje.

Cuando se utilizan TIC, el consumo no solo es de objetos sino también de tiempo, como bien enuncia Pérez del Río (2009). Es tiempo que se resta a actividades como el estudio, el esparcimiento, las relaciones sociales. Por este motivo, entre los objetivos específicos del tratamiento debe incluirse la revalorización del tiempo y el aprender a organizarlo adecuadamente; debe dedicarse tiempo a usar tecnologías pero sin permitir que éstas lo consuman por completo.

Finalmente, es preciso resaltar que el conflicto emocional previo al trastorno es el núcleo del problema. En una sociedad consumista, sin otros objetivos que el tener por tener, es comprensible que el vacío existencial se llene con objetos. Y mejor si es con objetos caros y vistosos como son los dispositivos tecnológicos. Objetos cuya posesión y consumo – a diferencia de las drogas – no genera rechazo social, sino que producen sensación de poder, percepción de estatus social elevado, creencia de objetivos alcanzados... Pero la realidad es que estos objetos sólo operan como máscaras del malestar y la soledad en que se vive. En consecuencia, el tratamiento debe incluir como meta final el encontrar las situaciones internas que desencadenaron la dependencia, para hacerlas conscientes, para intentar resolverlas, para devolverle a la vida un sentido. Para que el tratamiento sea eficaz es esencial hacer consciente la disonancia que hay entre la percepción de *ser libre con las tecnologías* y la realidad de *ser dependiente de y por las tecnologías* (Luque, 2010, 2011).

Referencias bibliográficas

- Ades, J. & Lejoyeux, M. (2003). *Las nuevas adicciones*. Barcelona: Kairós.
- Alonso-Fernández, F. (2003). *Las nuevas adicciones*. Madrid: Tea ediciones.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Buenos Aires, Panamericana.
- Buckner, J., Castille, Ch., & Sheets, T. (2012). The Five Factor Model of personality and employees' excessive use of technology. *Computers in Human Behavior*, 28, 1947–1953.
- Echeburúa, E.; de Corral, P. y Amor, P.J. (2001). ¿Cómo y por qué se desarrollan las adicciones sin drogas? En I. García y E. Olábarri (eds.). *El consumo y la adicción a las compras. Diferentes perspectivas*. Leioa: Universidad del País Vasco.
- Echeburúa, E. y de Corral, P. (2010). Adicción a las nuevas tecnologías y a las redes sociales en jóvenes: un nuevo reto. *Adicciones*, 22(2), 91-96.
- Griffiths, M.D. (1995). Technological addictions. *Clinical Psychology Forum*, 76, 14-19.
- Griffiths, M.D. (2015). Classification and treatment of behavioural addictions. *Nursing in Practice*, 68, 44-46.
- Jesús Funes, Ma. (2008). Cultura, Política y Sociedad (Tomo 4). Instituto de la juventud, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid, España. Disponible en: <http://www.injuve.mtas.es/injuve/portal.portal.action>
- Konkolý Thege, B., Colman, I., el-Guebaly, N., Hodgis, D., Patten, S., Schopflocher, D., Wolfe, J. & Wild, J.C. (2015). Social judgments of behavioral versus substance-related addictions: a population-based study. *Addictive behaviors*, 42, 24-31. doi: j.addbeh.2014.10.025
- Luque, L. (2010). Dependencia psicológica hacia las tecnologías de información y comunicación. En M. Barrón, *Adicciones, nuevos paraísos artificiales* (115-127). Córdoba: Brujas.
- Luque, L. (2011). El potencial adictivo de las tecnologías. En S. Tchukran, *Conductas adictivas: teoría y clínica* (65-85). Buenos Aires: Vergara ed.
- Luque, L. y Gómez, R. (2010). Versión preliminar de la Escala de dependencia psicológica hacia la tecnología. *Revista conexiones*, 19: 5-11.
- Marks, I. (1990). Behavioral (non chemical) addictions. *British Journal of Addictions*, 85, 1389-1394.
- Pérez del Río, F. (2009). Tratamiento de las adicciones sin drogas: hacia un uso sano de la tecnología. En E.Echeburúa, F.Labrador & E.Becoña

- (coord). *Adicción a las nuevas tecnologías*. Madrid: Pirámide.
- Pérez del Río, F. (2014). ¿El ocaso de la adicción a internet? Reflexiones sobre el origen, desarrollo y declive de un trastorno. *Revista Española de Drogodependencia*, 39 (2), 82-91.
- Pinna, F., Dell'Osso, B., Di Nicola, M., Janiri, L., Altamura, A., Carpiniello, B., Hollander, E. (2015). Behavioural addictions and the transition from DSM-IV-TR to DSM-5. *Journal of Psychopathology*, 21, 380-389.
- Roberts, J. y Pirog, S. (2013). A preliminary investigation of materialism and impulsiveness as predictors of technological addictions among young adults. *Journal of Behavioral Addictions* 2(1), 56–62. doi: 10.1556/JBA.1.2012.011
- Sussman, S., Lisha, N. y Griffiths, M. (2011). Prevalence of the addictions: A problem of the majority or the minority. *Evaluations & The Health Professions*, 34(1), 3-56. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3134413/pdf/nihms303439.pdf>
- Sussman, S., y Sussman, A. (2011). Considering the definition of addiction. *Environmental Research and Public Health*, 8, 4025-4038.
- Valleur, M. y Matysiak, J. C. (2005): Las nuevas adicciones del siglo XXI: sexo, pasión y videojuegos. Barcelona: Paidós.
- Yellowlees, P. y Marks, Sh. (2007). Problematic use Internet or Internet addiction?. *Computers in Human Behaviors*, 23(3), 1447-1453. doi: [10.1016/j.chb.2005.05.004](https://doi.org/10.1016/j.chb.2005.05.004)