



Universidad de la República

Facultad de Psicología

*“Las drogas de hoy y de siempre... , una mirada desde el Socioanálisis.
Dispositivo de la Clínica Móvil y la Comunidad Terapéutica. El Imaginario
Social. La Prohibición”*



Tutor: *Joaquín Rodríguez Nebot*

Ana Martínez Ramos

Mail: anamr1913@gmail.com

Montevideo

30/10/2014

Resumen

La presente monografía indaga sobre la actual problemática de las adicciones y las denominadas “Drogas”, legales e ilegales en nuestro país. Mediante interrogantes disparadores como son: ¿todos hablamos de lo mismo cuando hablamos de “drogas”?, ¿desde cuando, donde, cuanto y como consumen los hombres?, ¿por qué lo hacen y para que?, ¿qué sustancias son las que mas se consumen en Uruguay? ¿los que lo hacen son todos adictos?., ¿Estas personas reciben algún tipo de asistencia terapéutica, cual, desde quienes y dónde?.

En la investigación bibliográfica fueron surgiendo- *posibles respuestas a estas interrogantes señaladas*-, comenzando por sus orígenes históricos, luego profundizando en información en relación a tipos de consumo, efectos orgánicos y psíquicos del mismo, datos demográficos indicadores del consumo, en relación a género, edad, y sustancias de mayor consumo.

Aspectos económicos y legales, el tráfico y mercado; el paradigma médico y la medicalización de la sociedad, ésta y su influencia en la Psiquiatría y Psicología.

El Imaginario Social, como elemento presente en las construcciones sociales; la Prohibición quien o quienes deciden que consumir o no, que es lo permitido o no.

Abordajes terapéuticos a esta problemática, la Comunidad Terapéutica como ejemplo de Institución abocada a Tratamientos en Adicciones, diferentes Modalidades de Tratamiento en la CT, el Acompañante Terapéutico y su importancia en el proceso; el abordaje desde el Socioanálisis como promotor de espacios de reflexión y cambio, intra e intersubjetivos a través de dispositivos singulares o plurales; la Clínica móvil como amplio campo de intervención en el devenir de los sujetos.

Palabras Claves: Adicciones, Consumo, Abordajes Terapéuticos.

Introducción	5
--------------------	---

Capítulo 1: “El hombre y las sustancias”

Origen:

1.1 - La palabra: droga	7
1.2 – Historia	8
1.3 - Tipos de consumo	10
1.4 - Efectos organicos y psicicos	12
1.5 - El porque y para que del consumo	13
1.6 - Dispositivo medico	15
1.7 – Demografía	17
1.8 – Mercado	22
1.9 - Trafico (licito e ilicito) (legal/ilegal)	24

Capítulo 2: “El Presente”

2.1 – Uruguay	28
2.2 - Sustancias, Efectos	29
2.3 - Medicalizacion de la sociedad	37
2.4 – Características del consumo en Uruguay	40

Capítulo 3:

3.1 - Imaginario social	43
3.2 – Prohibición	44
3.3 - Abordajes Terapéuticos	47
3.4 - Lineas de Abordaje	51

3.5 - Comunidad Terapeutica	51
3.6 – Métodos de Tratamiento en las Comunidades Terapéuticas	56
3.7 - Acompañante Terapéutico / Cuál es su función dentro y fuera de la CT	66
3.8 - Abordaje desde el Socioanálisis	69
3.9 – Reflexión	72
Referencia Bibliografica	75

Introducción

“Cuando todo lo que tienes es un martillo, todo problema comienza a verse como un clavo.”
Abraham Maslow

En el pasaje por la Facultad, fueron derribados juicios y preconceptos que tenía con respecto a la temática elegida, ésta quedó resonando en mí a consecuencia de un trabajo realizado al inicio de la carrera.

Es por lo anterior, que ante la tarea de realizar el Trabajo Final de Grado y para llevar adelante la investigación, la técnica utilizada fue la exploración bibliográfica, basada a su vez en bibliografía señalada en el transcurso de la carrera, como en los Cursos de Formación Permanente realizados: “Políticas Públicas para el abordaje de las adicciones: Consejería e intervenciones breves para la reducción del consumo de drogas” con la Dra. Silvia Morales Chaine y el curso “Programa de Satisfactores Cotidianos para Usuarios con Dependencia a Sustancias Adictivas (PSC)” realizado con la Dra. Lydia Barragán Torres, ambas de la Universidad Autónoma de México (UNAM). Además de lo citado, diversas Fuentes de Internet, como Redalyc, Google Académico y otros.

Opté por la elaboración de un trabajo monográfico, relacionando las drogas más consumidas en el país, la trascendencia que tienen como fenómeno social y el abordaje de intervención desde el Socioanálisis.

Para esto he **dividido** este trabajo en tres grandes capítulos a través de los cuales brindar un panorama más acabado de la temática ahondando en diferentes aspectos de la misma:

El **capítulo I**, transcurre por la etimología del vocablo “droga”; un recorrido histórico del encuentro del “hombre y las sustancias”, como fue el ingreso del cáñamo a nuestro país, uso industrial y recreativo.

En relación a las características del consumo, me intereso indagar como suele ser éste, la relación entre el usuario y la sustancia; que patrones de consumo se originan, los efectos tanto orgánicos como psíquicos, que drogas aparecen asociadas, y la accesibilidad a la sustancia. La incidencia del dispositivo medico en relación al abordaje de la problemática

Índices demográficos de consumo en el Uruguay que permitan obtener un perfil aproximado de los consumidores, cuales son las sustancias más consumidas en el país, y el tipo de incidencia que esto supone a la sociedad en su totalidad.

Aspectos como son el económico asociado al Mercado de éstas; distinción entre drogas legales e ilegales legales y normativos que hacen a la temática.

El **Capítulo II**, este se enfoca en el momento actual de consumo en el Uruguay, drogas más consumidas en nuestro país y los efectos psíquicos y físicos de éstas; la medicalización de nuestra sociedad, el paradigma médico y su influencia en la psiquiatría y psicología, características del consumo, porque son consumidas determinadas sustancias, los psicofármacos; el valor simbólico del consumo.

La incidencia del capitalismo a través del pensamiento de Joaquín Rodríguez Nebot en relación a los vínculos, las familias, los modos de producción, los cambios sociales, las transformaciones subjetivas que llevan al consumo.

Capítulo III, el Imaginario Social en relación a la temática, el imaginario social y colectivo en cuanto al adicto - consumidor. El “adicto” (trastornado, delincuente); la Prohibición; orígenes de la misma, lo permitido.

Acerca de los abordajes terapéuticos, me enfoqué sobre el perfil del consumidor, como accede a ellos, y a su vez que puede esperar de éstos, entre otros el Cognitivo- Conductual, Sistémico, etc. Líneas de Abordaje, Reducción de Riesgos y Daños, Abstinencia.

La Comunidad Terapéutica recorrido histórico como institución enfocada a estos usuarios y su problemática, definición de la misma, Reeducción, Rehabilitación, Reinserción Social. Tratamientos en la Comunidad Terapéutica y sus modalidades: Ambulatorio y Medio Ambulatorio, Internación, etc.

El “Programa de Satisfactores Cotidianos para Usuarios con Dependencia a Sustancias Adictivas” de la Universidad Autónoma de México, como Modelo de Intervención en Adicciones; el “Modelo de etapas de cambio de Prochaska y Di Clemente”, como proceso promotor del cambio en estas personas.

La atención psicoterapéutica en el ámbito de la Comunidad terapéutica, individual, grupal, familiar.

La figura del Acompañante Terapéutico, su rol, su importancia dentro de la CT como agente habilitador de nuevos aprendizajes y como elemento “puente” con el afuera de la institución, al momento de la reinserción social a través de la mirada de la Lic. Gabriela Bazzano.

El abordaje desde el Socioanálisis, siendo ésta la corriente que más se apropia del trabajo del Acompañante Terapéutico, desde el enfoque que le he otorgado a este trabajo.

CAPÍTULO I

“El hombre y las sustancias”

Origen:

La palabra: droga

Etimología:

Según el diccionario de la Real Academia Española (RAE) (2014) “Droga” deriva:

*“Del ár. hisp. *ḥaṭrúka; literalmente, 'charlatanería'.”*

Y refiere a la *“Sustancia mineral, vegetal o animal, que se emplea en la medicina, en la industria o en las bellas artes”* otra acepción alude a la *“Sustancia o preparado medicamentoso de efecto estimulante, deprimente, narcótico o alucinógeno.”*

Según una definición de la O.M.S. que cita el Centro de Iniciativas de Cooperación al Desarrollo de la Universidad de Granada CICODE (2014):

Droga es toda sustancia terapéutica o no que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración (inhalación, ingestión, fricción, administración parenteral, endovenosa), produce una alteración, de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas, de acuerdo con el tipo de sustancia, la frecuencia del consumo y la permanencia en el tiempo. (Sección “Drogas”, párr. 3)

Mientras que las “Sustancias Psicoactivas” son las Drogas cuyo efecto predominante es en el Sistema Nervioso Central y producen cambios del estado de ánimo y de la conciencia.

Pero dicen *“Según los nominalistas, los nombres de los objetos individuales (drogas en plural, tal o cual droga), son los que nos sirven para identificar las cosas que existen, mientras el universal (“droga”) incluye los conceptos mediante los cuales lo pensamos.”* (Castaño, E., & Bernal, M^a. , 2006 p. 328) Por lo anterior entonces la realidad estaría compuesta por cosas

expresión de su esencia mientras que lo universal tiene que ver con la idea que de ellas se tiene.

Para continuar después expresando que:

Si asumimos el mundo como materia y lenguaje con significado, en este sentido el lenguaje se separa del significado y es allí donde reside el sentido de los universales como la palabra “droga” que sólo reside en el lenguaje como significado conjunto de las cosas llamadas drogas particulares. (2006, p.328)

Lo discursivo por lo tanto, tiene que ver con la relación entre conceptos, pero a su vez éstos son derivados y determinados por el primero; esto último llevará a conflictos y contradicciones, a la hora de considerar su validez. Podemos también agregar que según el contexto y materia de la que se trate.

Esto lleva a reflexionar sobre los diversos y múltiples significados y definiciones (sin obviar los intereses), que a través de los siglos y en los diversos ámbitos se le ha dado y asociado a la palabra “Droga”, desde medicamento, narcóticos, etc.

Historia

Desde el inicio los hombres han tenido un encuentro con las sustancias, éstas a su vez tienen su origen en la evolución natural de las especies y sus mutuas influencias. Así es como éstos experimentan inadvertidamente en busca de su alimento, sus efectos al ingerirlas.

Con las organizaciones más primitivas de los grupos humanos, regladas de forma rudimentaria, usualmente ubicadas en un entorno fluvial, es como comienza otro tipo de contacto con las sustancias. Dice Antonio Escotado:

Las culturas de cazadores-recolectores – sin duda las más antiguas del planeta- tienen en común una pluralidad abierta o interminable de dioses. Hoy sabemos que en una muy alta proporción de esas sociedades los sujetos aprenden y reafirman su identidad cultural atravesando experiencias con alguna droga psicoactiva. (2011, p.10)

Más adelante las sociedades más especializadas, concentran el poder en unos pocos, quienes tienen la capacidad de interpretar lo percibido en estos estados alterados de conciencia, que antes eran sin distinción posibilidad de todos.

Con el tiempo los sacrificios humanos o animales, es una de las forma en que intenta ser aplacada la ira de los dioses, las ofrendas son el metodo en busca de protección, además de compartir algun banquete sagrado.

Pero irán modificándose estas practicas en todo el planeta tierra con el correr de los siglos, pasando por diferentes usos: conección divina, inspiración, búsqueda de “sensaciones” o efectos diversos; así es como la humanidad experimenta con el peyote, ayahuasca, marihuana, opio, etc. y con la intervencion de la ciencia tambien de otras sustancias sintéticas.

Estas sustancias están distribuidas en todo el mundo, es así que encontramos por ejemplo: el Peyote en Mexico, la Ayahuasca en la Amazonia, la Coca en America, el Opio en Asia y así el resto, que en sus orígenes tenían un consumo más local, pero con el advenimiento del transporte a largas distancias y la industrialización su expansión es mayor.

Dice Guillermo Garat :

América se descubrió gracias al cáñamo. Con los filamentos de su tallo se fabricaron velas y encordados. También las vestimentas de las tripulaciones que llegaron a las costas del Nuevo Mundo estaban tejidas con los hilados obtenidos de la planta hoy conocida como marihuana. (...) Esta planta se cultivó en tierra americanas desde la invasión de portugueses y españoles. (2013, p. 11)

Así es como llegan a Uruguay diversas sustancias, como el cáñamo a fines del 1700 en que serán introducidas las primeras semillas, la primera intensión de uso es la industrial pero tambien evidentemente el consumo de éstas con fines recreativos comienza a surgir en el país.

Dice Garat: *“En el Uruguay de finales del siglo XIX, las drogas que hoy conocemos como ilegales se guardaban en los botiquines hogareños y se expendían libremente en las farmacias. Las adiministraban los médicos, pero también los boticarios”* (2013, p. 16)

Es así como libremente circulaban las drogas como los opiaceos, cocaína y el cannabis para diversos usos terapeuticos tanto infantiles como adultos, anginas, dolor de muelas, trastornos del sueño, etc.

En ámbitos como el del arte, poetas, escritores, músicos renombrados se contaban entre sus consumidores y a pesar de que ya se contaba a fines del 1800 con normativas referidas a la salud, éstas no hacian referencia alguna a las sustancias mencionadas. Es a partir de la

Convención de la Haya de 1912 en que Uruguay comienza a interesarse en la temática con una intención de acción regulatoria.

Tipos de consumo:

La diferencia entre: uso, consumo, dependencia, adicción, es lo que marca una relación entre el usuario y la sustancia. Algunos conceptos mencionados por el Lic. Miguel Hernández (2008):

Es por ello que cuando hablamos de “**Uso**”, este se puede clasificar en. “**Experimental**” y refiere a cuando la persona prueba una vez; mientras que “**Ocasional**” es cuando usa la sustancia de vez en cuando, y carece de ritmo solo lo hace cuando se da la ocasión.

El “**Uso recreativo**” entonces está asociado al “**Ocasional**”, se trata de un uso generalmente en eventos sociales y no aparece la “dependencia”.

En cambio el uso “**Habitual**” alude a cuando el uso está marcado por un ritmo, por ejemplo: los viernes, o cuando sale con los amigos, etc. En este último paso notamos una cierta regularidad a través de la cual es posible el pasaje al “**Consumo**”, porque comienza a extenderse en el tiempo y con esto la “**Dependencia**” comienza a manifestarse.

La “**Adicción**” a su vez se expresa cuando se produce el abuso compulsivo de sustancias que afectan el estado de ánimo y la conciencia del sujeto. Cuando una persona hace abuso de sustancias que alteran sus percepciones es considerada por la OMS como una persona enferma.

Dice M. Hernández “...hay “**Dependencia o Adicción**” cuando se presenta la “*Tolerancia*”, “*Síndrome de Abstinencia*” y “*Consumo sin control*”. (p.31) El individuo se ve impelido a consumir repetidamente la sustancia aún cuando le resulta perjudicial, dedica buena parte de su tiempo a obtener la misma, pasando por alto otras actividades y obligaciones. Así es que tanto comportamental como fisiológicamente, presenta una serie de cambios, que le llevan en ausencia de ésta a experimentar “abstinencia física”. La dependencia puede manifestarse con una o varias sustancias.

La “**Tolerancia**” es cuando se tiene que consumir más sustancia para tener el mismo efecto, por ejemplo si “*para “rendir” lo que una vez para permanecer toda la noche, me tuve que consumir “dos líneas de Cocaína”, después de unas semanas va a tener que consumir tres...*”,

(p.31) y así sucesivamente; para lograr el mismo efecto ya que tiene que ir aumentando la cantidad para lograrlo, porque se produce una disminución de la respuesta ante determinada sustancia o dosis. En el caso del alcohol hay una diferencia y es que llega un momento en que el alcohólico tiene el llamado “...consumo **“vela”**. *Este es después arranca en el momento en el que quedo, (...) en el alcohol llega a un punto en el que al revés donde el alcohólico que antes consumía un litro, ahora consume medio litro...*” (p.31) y logra a obtener el mismo efecto. Presenta los mismos efectos parece que hubiese consumido más tragos y sin embargo fueron menos.

Con respecto a lo anterior este fenómeno denominado “**sensibilización o tolerancia inversa**” refiere a que la respuesta aumenta notoriamente en el uso continuo de determinada sustancia. Se presenta también en ocasiones la llamada “**tolerancia cruzada**”, sin haber tenido una experiencia previa con determinada sustancia, pero se produce a raíz del consumo agudo o crónico de otra. Pueden o no tener efectos similares. Esta se hace evidente cuando al suministrar una dosis no se muestra el efecto esperado. (OMS, 1994)

Expresa la Organización Mundial de la Salud (OMS):

Síndrome de abstinencia: Conjunto de síntomas con grado de intensidad y agrupamiento variables que aparecen al suspender o reducir el consumo de una sustancia psicoactiva que se ha consumido de forma repetida, habitualmente durante un período prolongado o/y en dosis altas. El síndrome puede acompañarse de signos de trastorno fisiológico. (1994, p. 56)

Este se presenta con una duración determinada y refiere a la clase de sustancia que ha sido consumida, a su dosis previa a la suspensión o disminución.

Suelen presentarse ante la ausencia y de acuerdo a la sustancia consumida variados síntomas: temblores, agitación, náuseas, calambres musculares, rinorrea, malestar general, depresión entre otros, según se trate de sedantes, estimulantes u otros.

En el caso del “**Síndrome de abstinencia prolongado**”, los síntomas anteriormente mencionados se observan durante un tiempo más extenso, semanas o meses. En este caso los síntomas psíquicos son más notorios que los físicos, y en oportunidades se desencadenan tan solo ante la visión de la sustancia o en el entorno asociado al consumo.(OMS, 1994)

Cabe señalar que no todo uso implica abuso, aunque puede haber abuso en un uso experimental, por ejemplo un coma etílico.

Efectos organicos y psicicos.

Las diferentes sustancias, producen diversos efectos y cambios en lo organico, en sus funciones así como tambien a nivel mental, en el psiquismo. La forma en que estas ingresan al organismo determina que tipo de efectos, velocidad y tiempo de acción produzcan: por inhalacion, inyeccion (intravenosa, muscular, subcutanea),ingerirla etc.

En cuanto a la “**velocidad de accion**” y en orden ascendente se observa que cuando una droga es ingerida accede más lentamente al cerebro,ya que su transito a nivel de lo digestivo produce una demora importante, el efecto más leve, le siguen en orden la vía subcutanea e intramuscular, y en el caso de ser inyectada en la vena, llega de forma más rapida al cerebro por lo tanto su efecto será más importante. Esta última es la forma más peligrosa en caso de sustancias potencialmente letales, ya que en uno o dos minutos se alcanzan los niveles mas altos en sangre.

El “**tipo de sustancias**”, determina la forma de administración, por lo tanto viajan más o menos rapidamente por el torrente sanguineo, algunas se aplican en la dermis y se disuelven muy rapidamente (parche de nicotina), otras no tanto por la dificultad de atravesar las grasas. La aplicacion en mucosas (encias, nariz, recto,etc.) es efectiva ya que éstas son más finas y los capilares son más superficiales por ejemplo el “snifado” de Cocaína y anfetaminas.

Según el grado de “**tolerancia**”, los efectos pueden variar en tiempo e intensidad por la adaptación orgánica experimentada, que por otro lado en ausencia o disminución de la sustancia puede mostrar signos de “s. de abstinencia”.

Las sustancias funcionan en el organismo adhiriendose a los receptores celulares y estos son multiples y diferentes, están en la totalidad del mismo. Por lo que pueden afectar a cualquier organo o funcion, esto será posible si los receptores son activados por las sustancias en este caso “agonistas” o no “antagonistas”, que serán las encargadas de impedir que algunas sustancias ingresen a los mismos.En ocasiones estas últimas son utilizadas en tratamientos.

Otro de los elementos presentes en cuanto a los efectos que las drogas producen, tiene que ver con la “dosis”, a mayor dosis mayor efecto hasta un máximo. Las dosis de unas sustancias,

tienen que ser mucho más altas para producir los mismos efectos que otras sustancias, por ejemplo una dosis de Fentanilo es de 75 a 120 mas potente que la de Morfina, y esto variará a su vez segun su via de administración. Sin embargo los cuidados deben ser extremados para no pasar facilmente a una sobredosis.

La forma en que las sustancias “**circulan y se eliminan**” del organismo es otro de los puntos interesantes; ya que todas al ingresar pueden acceder rapidamente a cualquier organo o tejido, por la facilidad de atravesar los capilares. Pero con el cerebro no sucede esto debido a la barrera hematoencefálica ya que ésta impide el ingreso de varias y permite facilmente el ingreso de otras por su solubilidad en grasas, por ejemplo la Marihuana.

Al decir de Dra. Cynthia Kuhn, Dr. Scott Swartzwelder y Dr. Wilkie Wilson (2012) “*Debido a que la mayoría de las sustancias psicotrópicas son lo bastante solubles en grasa para entrar en el cerebro, también se acumulan en las grasas del cuerpo.*” (p.364) Esto hace que permanezcan más tiempo en el organismo y por lo tanto detectarse varias semanas despues y tambien acceder de forma retardada al cerebro en dosis más bajas.

Respecto a lo anterior tiene singular importancia la masa corporal del consumidor, cuanto más tejido graso mayor permanencia de los psicotrópicos en el organismo.

Las drogas se eliminan por riñones, intestinos, pulmones según el tipo de sustancias, y esto determina por lo tanto la velocidad de este proceso, que a su vez induce nuevamente a consumir. Asi los consumidores experimentan subidas o caídas muy fuertes por ejemplo en la Pasta Base de Cocaína, que los llevan a consumir varias dosis, no sucede lo mismo con la Marihuana que en su degradación paulatina sigue produciendo efectos por un tiempo más extenso.

El porque y para que del consumo

Se han investigado los llamados “centros de placer” a nivel cerebral, estos están relacionados con el llamado “sistema de recompensa” ; las adicciones tienen que ver con estos; y el ingreso al organismo de diferentes sustancias que los activan; la permanencia del consumo se deriva en acciones encaminadas a la obtension de las mismas. Diferentes estructuras cerebrales y sistemas estan encargados de estas funciones, aunque la afectación se encuentra en todo el sistema nervioso.

La estimulación de estos centros producen sensaciones varias entre ellas de bienestar, por lo que ante esto lleva a la repetición del consumo, por ejemplo de una golosina. Los “reforzadores naturales” son sustancias o acciones que motivan la búsqueda ya sea de comida, sexo, agua que llevan a la exploración, todas ellas dirigidas a la satisfacción de necesidades básicas. La Dopamina es un neurotransmisor presente en todos estos procesos como efecto y refuerzo, en todo lo relacionado al placer y gratificación, en el caso de su ausencia no se producen las mismas.

Es interesante lo que señala Jorge Tellez-Vargas (2007) cuando expresa que:

Hasta hace algunos años se creía que la actividad de recompensa era producida por la liberación de dopamina en la hendidura sináptica estimulada por el fármaco o la droga. Hoy se sabe que el neurotransmisor no se libera en la primera fase de contacto con la droga y como señala Schultz, aun cuando la liberación de dopamina se incrementa durante las actividades placenteras, su concentración es mayor durante la fase de anticipación de la experiencia placentera (p.93)

Pero más allá de las funciones básicas que se producen en el cerebro de los seres humanos a las cuales se ve relacionada la adicción y que a su vez tienen que ver con la supervivencia de la especie y a garantizarla, podemos observar otros elementos relacionados.

Como el que refiere a la vulnerabilidad de los sujetos que la Dra. Raquel Magri y el Lic. Hugo Miguez (1995) expresan:

(...) al problema de la susceptibilidad al uso indebido de sustancias psicoactivas cuando la organización del individuo no logra alcanzar un grado de estabilidad interna suficiente, frente a las influencias del medio externo. Este (...) guarda relación con la provisión de aportes que un individuo debe recibir en el curso de su desarrollo psicosocial. Entendiendo por éstos: afecto y seguridad familiar, educación, satisfacción de sus necesidades básicas (alimentación, vivienda, vestido, etc.) inserción en una comunidad que lo reconoce como miembro, acceso al sistema de salud, etc. (p. 33)

Por su lado Joaquín Rodríguez Nebot (2009) pone su atención en los vínculos, a las transformaciones que éstos han experimentado, a los dispositivos de diversa índole que se han modificado profundamente, y donde instituciones se han apropiado de funciones básicas del

nucleo familiar. Haciendo hincapié en elementos favorecedores de estos cambios presentes en el capitalismo reinante, como la tecnología, que facilita los procesos en la transformación de las modalidades laborales, el anonimato de quienes detentan los capitales y de nuevas profesiones de poder. Le otorga singular importancia a una cuestión de género, donde la mujer accede en mayor proporción al mundo laboral con los cambios que esto produce en lo cotidiano.

Señala J. Rodríguez Nebot (2009):

Estos elementos mencionados potenciaron el desarrollo de la sociedad de consumo y crearon un nuevo tipo de subjetividad cuyas características en el imaginario social son: el hedonismo y el culto narcisístico; la paranoia y sus sistemas de vigilancia y control; las adicciones al consumo de objetos y signos significantes. De esta manera se reconfiguran los enclavamientos sociales de acuerdo a su poder de consumo o de su imposibilidad. En este último caso quedan, marginados conformando enormes bolsones y estratos de miseria y pobreza. (p. 240)

Es así como los individuos que transcurren por estos espacios sociales se ven impactados e impactan a su vez desde lo subjetivo, en un entramado sumamente complejo donde se desenvuelven y expresan. Por lo que señalan la Dra. R. Magri y el Lic. H. Miguez:

El comportamiento humano emerge de una cultura que establece de distintas formas los márgenes de tolerancia dentro de los que ha de transcurrir, aceptando o transgrediendo. Estos límites con frecuencia no explícitos, fijan el área de lo que la cultura entiende como "normal", equiparable en este caso a la ocurrencia esperable de algo. Es decir, aquello que naturalmente suele darse. (1995, p. 36)

Dispositivo medico

Expresa el Lic. Gabriel Eira (2008) al respecto:

(...)Si... si lo que pasa es que... el problema con el tema drogas es que esta monopolizado por el saber médico, donde la medicina como disciplina empapa todas.... Entonces todas las practicas relacionadas con el uso de drogas están saturadas de categorías tales como el tema salud, enfermedad, patología,... ese tipo de cosas... (...) (p.3)

Esto responde al denominado Modelo médico-sanitario al que hacen referencia en oposición al jurídico:”

La medicina, como agencia encargada de dar respuesta a esta problemática, considera a los sujetos/”pacientes” no son responsables de la practica de consumir drogas. En este sentido, el rótulo de “enfermo”, y ya no de vicioso, lo hace acreedor de un “tratamiento” en vez que de un “castigo”. (Kornblit, A., Camarotti, A. y Di Leo, F., 2011, p. 11)

El saber medico es el que monopoliza como expresa el docente G. Eira espacios antes ocupados por otros saberes, por lo que los sujetos pasan de ser pecadores o endemoniados, responsables o culpables, a la categoria de “enfermos”, portadores de una patologia.

Esta supremacía de la medicina es a la que hace referencia J.Rodríguez Nebot (1998) cuando dice:

La importancia del dato reside, en la introducción de un discurso y un conjunto de prácticas sobre el cuerpo y el alma del hombre. Dicho conjunto de prácticas y discursos generan un poder determinado, esto es, la construcción de una nueva realidad. (p. 103)

Para continuar luego:

El dispositivo médico inaugura desde el vamos una forma de construir un cuerpo de determinada manera. Nótese la inversión de la situación. Esto es, el cuerpo real existe, el tema es el cómo abordarlo, y cómo se lo manipula y se lo re-construye. (p. 103)

Puesto que según *“La medicina es una institución de investigación y prácticas con pacientes. El cuerpo pasa a ser una parte prioritaria de la misma. En una suerte de despedazamiento analítico para su conocimiento y acción.”* (1998, p. 106)

La posibilidad del medico de clasificar, ordenar, catalogar los cuerpos, hace de éstos, maleables, sujetables, por lo tanto de ser reconstruidos; es el médico quien permite, quien prescribe, el que indica que se debe y no hacer, que consumir o no y de que forma.

Demografía

Para interiorizarnos en el tema, nos basamos en datos aportados por la Junta Nacional de Drogas (JND) a través del Observatorio Uruguayo de Drogas (OUD):

“Quinta encuesta nacional en hogares sobre consumo de drogas. Informe de investigación mayo 2012.”

Los datos fueron obtenidos a fines del año 2011, con la finalidad de ahondar en las características del consumo en profundidad, sobre una muestra de 5000 casos que son representativos de 1:541.837 personas cuyas edades van desde los 15 a 65 años. Se destaca en el mismo que el alcohol representa el 74% del consumo de la muestra seleccionada, en el año previo a la toma de la misma. Estimando la cantidad de 260.000 personas consumidoras. Continúa el Tabaco con un 33%, un 16% de consumidores de tranquilizantes en alguna oportunidad.

La Marihuana es señalada como la sustancia de mayor crecimiento en el consumo la que representa el 8,3 % y de estos el 16% presenta signos de dependencia. A la anterior le sigue la Cocaína con un 1,9 % aproximadamente 30.000 personas de la muestra, pero con un grado de dependencia de 1 de cada 3.

Tomando en cuenta los valores aportados por este informe, es que se perciben como sustancias más consumidas y por lo tanto de mayor problemática y en orden: Alcohol, Tabaco, Marihuana, Cocaína, otros.

Indagar sobre los datos más recientes de consumo en Uruguay, supone tener más claridad en cuanto a los efectos que presentan estos usuarios tanto a nivel orgánico como psíquico, por consiguiente que incidencia esto tiene en lo social.

Alcohol: _____

Como se vio anteriormente se trata de la sustancia más consumida en nuestro país, de hecho se estima que se consumen al año unos 180 millones de alcohol , por lo que en este sentido, es la que más afectación individual y colectiva presenta. De estos consumidores podemos observar que:

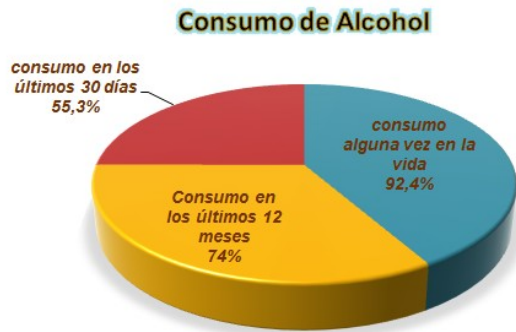


Tabla 1: Indicadores de consumo de alcohol (2012, p.11)

Otro dato a tener en cuenta es cual es el perfil de aquellos que acceden al consumo, en la siguiente tabla se señala como promedio de fecha de inicio los 15.5 años, sin embargo no podemos olvidar que en éste, están comprendidos niños de 10 a 12 años, y aún menos. Por lo tanto el inicio se presenta en etapas tempranas, y en un 70 % de mujeres.



Tabla 2. Perfil de nuevos consumidores de alcohol (últimos 12 meses) (p.11)

Se puede observar que los valores totales correspondientes a Montevideo e Interior del país guardan una relación similar entre sí, en los diferentes rangos de consumo. Pero resulta interesante rescatar la información en lo referente al género.

Para continuar se toma en cuenta la frecuencia de consumo, ya que esta nos dará la pauta del grado de dependencia al alcohol, por lo tanto el tipo de consumo.

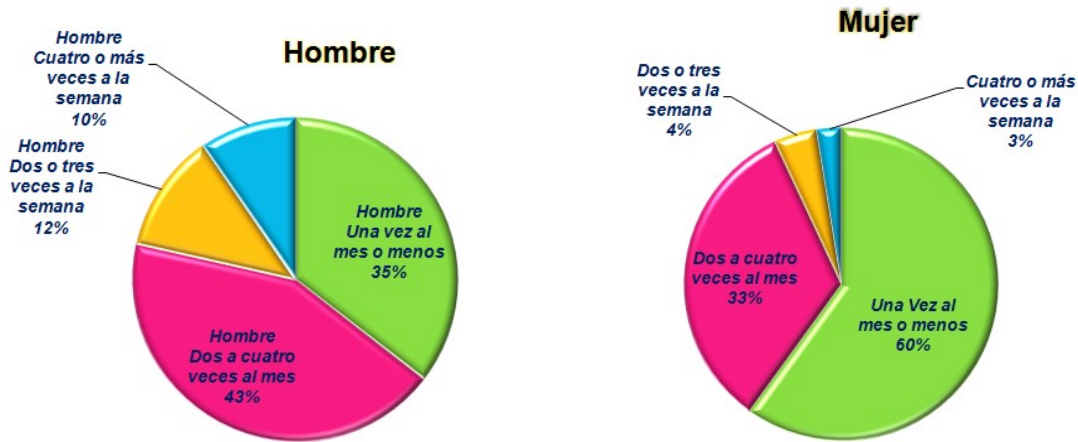


Tabla 5: Frecuencia de consumo de alcohol en los últimos 12 meses según área de residencia y sexo. (p.14)

Se señala en el informe como dato importante, que el consumo aumenta en proporción directa a la edad.

Uso Problemático:

Este se puede dar tanto en el consumo frecuente, como también en el ocasional o experimental. De hecho los índices más altos se encuentran en los consumidores ocasionales, esto se observa por ejemplo en el alto porcentaje de accidentes de tránsito, especialmente los fines de semana.

Ingesta sobre el nivel de intoxicación:

Habituales: por encima de 5 o 6 tragos, el 11% de los consumidores **(127.000 personas)**. Se da más en personas jóvenes, ya que entre los 18 y 35 años se encuentran sus valores máximos.

Puntuales: se señalan como consumo abusivo puntual aquel mayor a 5 tragos tanto en los de consumo habitual (uno de cada cuatro) como en los del último año (7,8%).

Las bebidas que resultan las preferidas son en orden decreciente Cerveza, whisky y vino, de las cuales los consumidores abusivos del total representan aproximadamente el 15% de las mismas.

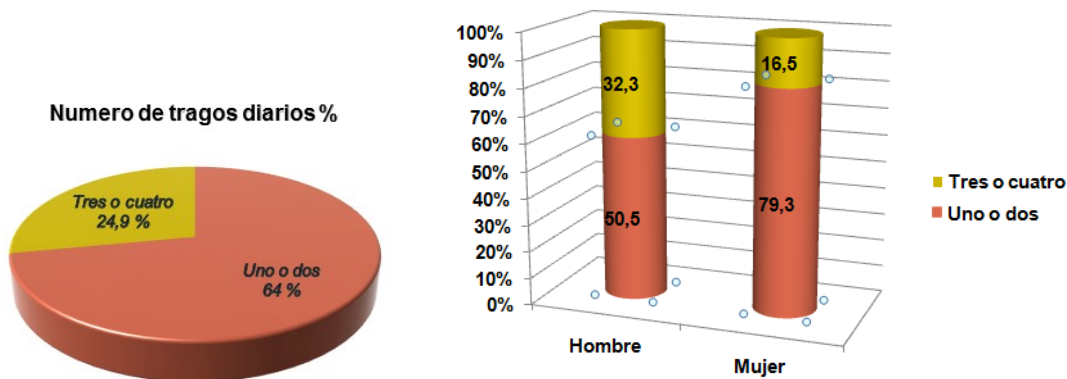


Tabla 6: Consumidores de alcohol de los últimos 12 meses por número de tragos en día de consumo normal, según lugar de residencia y sexo. (p.15)

Tabaco:

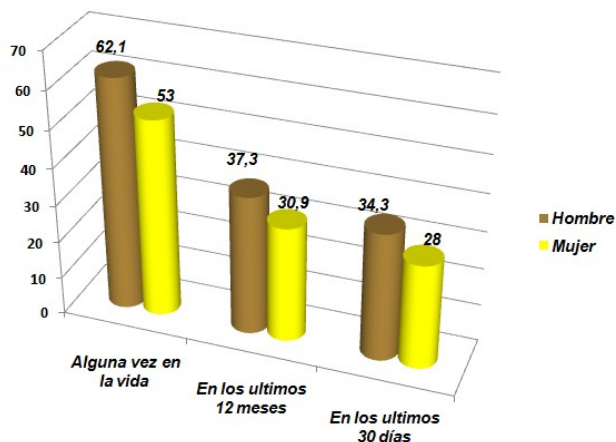


Tabla 10. Indicadores de consumo de tabaco según sexo y lugar de residencia (%).(p.20)

Se presenta una edad promedio de inicio de consumo de 15 años. Los hombres consumen un promedio diario levemente mayor que las mujeres. Un porcentaje que ronda el 15 % es el que se observa en todas las franjas etáreas, teniendo un leve ascenso en mujeres entre los 56 y 65 años.

Se cita en el informe que:

Más de la mitad (53,7%) de los consumidores habituales de tabaco (últimos 30 días) consume hasta 10 cigarrillos diarios, algo más de un tercio (35,1%) entre 11 y 20 cigarrillos diarios, en tanto casi 1 de cada 10

consume entre 21 y 40 cigarrillos diarios y finalmente, el 1,7% consume más de 40 cigarrillos por día. (p. 21)

Marihuana:

Luego del Alcohol y el Tabaco, la Marihuana se encuentra como la sustancia más consumida en el rango de las personas de la muestra entre 15 y 65 años. En la siguiente tabla podemos percibir que:



Tabla 18. Indicadores de consumo de marihuana (p.25)

El Consumo en mujeres representa aproximadamente el 50 % con respecto al masculino y guardan esa paridad tanto en Montevideo como en el Interior del país. Sin embargo en relacion al consumo el de Montevideo triplica al del Interior.

Tomando en cuenta la franja etarea se cita que entre los 18 y 25 el consumo es del 35,5 %, entre los 26 y 35 años el 32 %.

En cuanto al inicio en el ultimo período se indica que:

Sexo	Hombre 13.98 %	Mujer 14.99 %
Edad	15-17 años 16 %	18-25 años 17.26 %
Residencia	Montevideo 16,18 %	Interior 18,25 %

Tabla 20. Perfil de los nuevos consumidores de marihuana (últimos 12 meses) (p.26)

En cuanto al inicio promedio se citan los 17 años para el hombre y 19 las Mujeres en Montevideo esto es similar en el Interior del país.

De quienes han consumido alguna vez el 41% continúa, en los que abandonaron solo el 7,8% lo hizo diariamente; sin embargo el consumo actual es más frecuente, el 21,1 % lo hace semanalmente y el 14,6% diariamente.

Se afirma en el informe:

“18.700 personas consumen diariamente marihuana en el país” (2012, p.26) para continuar:

“La mitad de los consumidores diarios de Marihuana presentan signos de uso problemático” (2012, p.27)

Estas afirmaciones están relacionadas a que aquellos que consumieron esporádicamente presentan un 5% de uso problemático, mientras que en los que lo hacen diariamente se eleva al 56 %.

Si bien en el país se puede detectar el consumo de otras sustancias, como Haschis, Inhalantes, Extasis, Ketamina, Anfetaminas, he optado por ahondar en las primeras por una cuestión de extensión de este trabajo. Pero no puedo dejar de lado y por lo menos referirme a la importancia del consumo de la Pasta Base de Cocaína y los Psicofármacos. La primera tiene su mayor consumo en Montevideo, y en el correr de los años se mantienen los porcentajes, estos están relacionados por su bajo costo a zonas más vulnerables de la capital del país.

En relación a los Psicofármacos, se destacan en el consumo las mujeres, los mayores de 35 años. Según la JND (2012) *“ El 16% de la población estudiada (representan unas 240000 personas) ha consumido alguna vez en su vida tranquilizantes.”* (p. 23) A lo anterior se agrega que *“El 4,6% de la población declara que ha consumido hipnóticos (con y sin prescripción) alguna vez en su vida; en tanto un 6,6% consumió antidepresivos (101.000 personas) y el 0,7% estimulantes en esta misma situación.”* (p. 24)

Mercado

Un aspecto a tener en cuenta es el económico, los capitales que se mueven a nivel mundial en relación a las Drogas como señala Joaquín Rodríguez Nebot (2009) *“La producción, distribución y mercadeo de las drogas tanto legales como las ilegales se han transformado en el negocio más rentable del planeta”*. (p.239)

Ya en los primeros siglos de nuestra era señala Eschotado (2011) registros de esto: *“... en el año 312, un censo revela que hay 793 tiendas dedicadas a vender el producto en la ciudad de*

Roma, y que su volumen de negocio representa el 15% de toda la recaudación fiscal.” (p. 32), refiriéndose al consumo del hachís.

En el año 2000 señalaba Juan Fernández Romar (2000) *”A nivel planetario se calcula que el narcotráfico moviliza una masa monetaria que ronda los 600 mil millones de dólares, cifra que supera al dinero movilizado por la industria petrolera y algo menor al de la industria bélica.” (p.15)* , en el presente estos montos se han incrementado notablemente.

Mercados distribuidos en todo el planeta, asiáticos, europeos, americanos que con la producción de opio, heroína, cocaína, hachís, marihuana y un gran etcétera se van extendiendo en busca de nuevos y potenciales clientes consumidores; producción, distribución, o consumo en sus diversas formas, que modifican su ruta y actividad según las legislaciones vigentes.

En el 2000, los autores Irma Arriagada y Martín Hopenhayn señalaron en su trabajo *”Producción tráfico y consumo de drogas en América Latina”*, al respecto que:

En Estados Unidos, el mayor mercado nacional de consumo de drogas ilícitas, si bien ha disminuido el número de consumidores eventuales, a la vez ha aumentado el número de consumidores crónicos, lo que implica un deterioro en la dimensión sanitaria del problema. (p. 7)

Los llamados *”Carteles de la droga”*, se destacan en este ámbito haciendo base en las diferentes naciones, México, Colombia, etc. todos ellos vinculados a su vez con la violencia en diversas formas y en múltiples ámbitos.

Relacionado a lo anterior, se desarrollan tanto a nivel nacional como internacional en forma permanente y continua, políticas orientadas al control del mismo ya que está íntimamente conectado al narcotráfico, investigación constante, con el fin de estar al día en la información. Organismos como la *”Comisión Interamericana contra el Abuso de Drogas” (CICAD)* que nuclea a los Estados Americanos se hallan abocados a esta tarea, implementando acuerdos y elaborando informes, como se señala en *”El problema de las Drogas en las Américas” (2013)*, realizado por la Organización de Estados Americanos.

Como a nivel nacional la Junta Nacional de Drogas (JND), la que se trata de una organización estatal abocada a la coordinación y definición de políticas orientadas a la investigación, información, prevención, control de oferta y lavado de activos, así como también en cuanto a tratamiento y rehabilitación; son ejemplos de algunos de ellos.

En otro informe de la Organización de Estados Americanos (OEA) “Escenarios para el problema de las drogas en las Américas 2013 – 2025” cuando se define la tarea a realizar:

(...) un informe analítico que analiza las tendencias actuales, las mejores prácticas y los desafíos de política, y un conjunto de escenarios acerca de lo que podría ocurrir en el futuro y los resultados que podrían preverse en cada uno de dichos escenarios. (2012, p. 9)

resalta la necesidad de una proyección futura acerca de las posibles decisiones de los Estados, demostrando la urgencia de la temática.

Pero no solo el mercado de sustancias ilegales mueve grandes montos de capitales, sino que también y en forma paralela se encuentra el mercado de las sustancias legales “el farmacéutico”, en Uruguay señala el informe del “La industria Farmacéutica en Uruguay” (2011):

Según datos de IMS Health, en 2010 la facturación del mercado farmacéutico nacional de uso humano ascendió a 331 millones de dólares, lo que representó un incremento de 23% respecto a las ventas de 2009 (273 millones de dólares), explicado por el incremento de 5% en las unidades vendidas y 17 % por el aumento de los precios en dólares. En el período 2004-2010, las ventas tuvieron un incremento de 80% en dólares corrientes (...) se observa que las ventas de los laboratorios nacionales y regionales mostraron un comportamiento similar al de las multinacionales medidos en valores, con un expansión en el período de 112,4% y 122,6% respectivamente. (p. 34)

Esta comercialización se produce tanto a nivel privado en farmacias, droguerías y mutualistas como en el público o gubernamental, generando importante movilización de capitales.

Tráfico (licito e ilícito) (legal/illegal)

Así como el apartado anterior está más orientado al aspecto económico de la temática, éste profundiza sobre los aspectos legales de la misma.

Regular las relaciones sociales, es una de las tareas fundamentales de todo agrupamiento humano por lo que se señala en “La construcción social de la problemática de las drogas”:

Cada sociedad establece normas y leyes y experimenta violaciones a esas reglas por parte de algunos individuos. Los sociólogos estadounidenses caracterizan la violación de las normas sociales como desviación. Sin embargo, lo que es caracterizado como *desviación* en un momento dado puede no serlo en otro. (2011, p. 3)

Continuán despues:

Los esfuerzos que la sociedad realiza para prevenir y/o corregir el comportamiento desviado integran lo que se denomina *el control social*. El instrumento más poderoso de control social es la *socialización*, a través de la cual la sociedad logra que los niños internalicen sus normas, proceso que constituye una presión para las personas hagan lo que se supone que deben hacer, ya sea a través de sanciones morales o legales. (p. 4)

Es necesario profundizar en éste enfoque, ya que está presente permanentemente en cualquier abordaje que se realice a la temática elegida en relación a la regulación, aunque no así en lo referente a los efectos que las sustancias producen. Esto responde a un Modelo ético- jurídico que citan los autores Dra. Ana Lía Kornblit, Dra. Ana Clara Camarotti, y el Dr. Pablo Francisco Di Leo “*Este modelo está centrado en la sustancia como referente y enfatiza las medidas penales dirigidas a los usuarios de drogas.*”, (2011, p. 11) y ubica a los sujetos como pasibles de ser responsables y sancionados en caso de incumplimiento de las normas.

El interes de ahondar en este aspecto, tiene que ver además con la interpretación de lo contextual y el relacionamiento de los sujetos con las sustancias y el acceso a ellas, ya se trate de consumidor, productor, traficante etc., en el momento de la intervención terapeutica. Con respecto a esto se cita en “Producción, tráfico y consumo de drogas en América Latina” por sus autores Irma Arriagada y Martín Hopenhayn:

La economía de las drogas ilícitas en la región se muestra especialmente difícil de suprimir por cuanto resulta muy lucrativa para sus agentes, genera una cantidad importante de empleo directo en actividades conexas e indirecto en lavado de dinero, y no tiene competencia en cuanto a la retribución que obtienen las personas que participan en esa actividad. (2000, p. 17)

Continúa después: “Los actores involucrados en el tráfico son muy diversos, y van desde los grandes traficantes transnacionales hasta los microtraficantes instalados en las ciudades latinoamericanas y que abastecen directamente al consumidor local.” (p.17)

Hay una serie de definiciones y vocablos referentes a lo anterior que es necesario conocer, entre otros:

Según la Real Academia española (RAE) (2014):

“**Tráfico.** (Del it. *traffico*).

1. m. Acción de traficar.

2. m. Circulación de vehículos por calles, caminos, etc.

3. m. Movimiento o tránsito de personas, mercancías, etc., por cualquier otro medio de transporte.”

Por lo que están comprendidas en esta definición, las drogas legales e ilegales; aunque el concepto *Tráfico* sea relacionado al *Narcotráfico* que sí hace referencia al traslado de sustancias denominadas ilegales y de forma ilegal.

El Servicio Nacional de Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA) de Chile antes denominado Consejo Nacional para el Control de Estupeficientes (CONACE) define:

Drogas Legales e Ilegales:

Este es uno de los criterios por los cuales se pueden clasificar o distinguir distintas sustancias para efectos de estudio. Son legales, en cuanto drogas, todas las sustancias cuyo uso no está penalizado por la ley, entre estas, el tabaco y el alcohol; también caben dentro de esta categoría todos los medicamentos y fármacos que tienen efectos sicotrópicos, pero que pueden ser usados ilegalmente, cuando se los emplea fuera de un contexto terapéutico. Existe otro grupo de sustancias legales de uso casero o industrial, que también pueden ser empleados para obtener efectos sicotrópicos, tal es el caso de los solventes volátiles o inhalables, como la acetona, el tolueno. Ilegales son todas las sustancias que producen efectos sicotrópicos cuya comercialización y uso no está permitido por la ley, tal es el caso de la cocaína y la marihuana entre muchas otras. (2008, p.11)

Las sustancias dirigidas a uso médico o terapéutico son legales o permitidas pero son reguladas, mientras que otras son permitidas socialmente; este es el caso de los medicamentos que no requieren prescripción médica.

En nuestro país un informe de la JND del 2011 “Drogas: más información menos riesgos. Problema Drogas: Compromiso de todos” hace referencia a la normativa vigente:

Las leyes que se aplican en materia de la producción, comercialización y consumo de drogas en el Uruguay, son:

- 1) Decreto-Ley 14.294 de 1974, conocido como Ley de Drogas.
- 2) Ley 17.106 de 1998, (que modifica parcialmente la Ley de Drogas e incluye normas sobre lavado de dinero).
- 3) Ley 16579 de 1994, que aprueba la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Drogas (Convención de Viena de 1988). (p.54)

A estas anteriores se suma la Ley 19.172 de 2013 que regula la Producción, Distribución y Venta del Cannabis.

Además de la Legislación señalada a nivel nacional, nuestro país participa de Tratados, Convenios y acuerdos internacionales ejemplo de estos son:

Decreto 1.514 – 1993 de Chile: “*Promulga el acuerdo con Uruguay sobre control, fiscalización y represión del uso indebido y tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias sicotrópicas y sus precursores y productos químicos específicos.*” (Glosario de drogas, 2008, p. 49)

Convenio 16446 – 1992 “Convenio de Asistencia Jurídica en materia de Trafico de Drogas entre la República Oriental del Uruguay y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte”

El informe de la JND expresa además:

La Convención de Viena de 1988, es la base de la legislación internacional en materia de drogas, obliga a los países parte, a castigar como delitos la producción y la comercialización de la marihuana, cocaína, heroína y otros opiáceos y las drogas de síntesis. (2011, p.54)

CAPÍTULO II:

El presente

Uruguay

En nuestro país el consumo de sustancias, viene de largo tiempo, pero en espacios poco visibles; a pesar de que hoy son de conocimiento público, por ejemplo el consumo de parte de grandes figuras de nuestro acontecer nacional, entre otros Carlos Gardel, Juana de Ibarbourou, deportistas, médicos, profesionales de diferentes áreas, etc. Así como también en otros espacios mas visibles como son las zonas carenciadas.

El uso y consumo de las diferentes sustancias ha ido modificándose a través del tiempo, según las exigencias o preferencias de los usuarios, las condiciones socio económicas y culturales, sin olvidar las geo políticas.

Con respecto al valor simbolico de las practicas del consumo, poniendo por ejemplo el mate y el alcohol dice el Lic. G. Eira (2008):

(...)Lo que pasa que las practicas relacionadas con el consumo de drogas, son criterios que operan, lo que hace que algunas drogas... estas famosas sustancias... que no son elementos farmacológicos, sino que las drogas están asociadas a un estrato simbólico-cultural... entonces siempre tendemos a descalificar las practicas que hacen los otros,...y que nosotros no hacemos... entonces las drogas operan como esa forma de racionalización, que justifica la separación en distintos estratos. El consumo del mate para nosotros no es una droga, ahora si consumo un mate en Paris seguramente te van a detener (...) si pasas para Bolivia es más fácil pasar con una hoja de coca que con un mate... porque es una práctica que para nosotros, es tolerada, y no solamente es tolerada sino que es también respetada... sino comprendemos la práctica del valor simbólico que tiene el tomar mate... nos empieza a gustar después que comprendemos el valor simbólico, antes es una cosa amarga.(...) (p.19) nosotros sabemos los riesgos y lo tomamos igual porque entendemos que vale la pena el hacerlo, en función del valor simbólico que esto tiene (...) experiencia orgiástica que toma para una cultura, la mitad de la relación..." que para nosotros tomar mate es legítimo lo tomemos o no, porque comprendemos el valor simbólico que tiene esto en nuestra cultura (...) porque tiene que ver con la idiosincrasia, con patrones culturales, con valores simbólicos, el alcohol en nuestra cultura, forma parte esencial de nuestras relaciones sociales...(p.20)

Además del valor de éste, es de conocimiento como se mencionó anteriormente, que en determinados sectores predomina el consumo de algunas; el alcohol en las esquinas, en las reuniones de negocios, la marihuana en espacios más relajados, por lo que evidentemente los efectos esperados o logrados, cobran gran importancia a la hora de la elección.

Sustancias, Efectos

Alcohol:

En la Quinta Encuesta Nacional de Hogares sobre Consumo de Drogas (2012) se señalan como consumidores de los últimos 30 días de la recolección de datos a 220.000 personas, de ellos el 67% consumieron cerveza y el 15% de los mismos representan un consumo abusivo, el 39% vino con un 18% de consumo abusivo, y el 39% Whisky con un 14% de consumo abusivo.

Se trata de un Sedante hipnótico, cuyos efectos primarios y en dosis bajas son placer y relajación, a medida que transcurren los minutos somnolencia y sedación, para finalizar en retraimiento y mutismo. Esto lleva al consumo repetido para lograr nuevamente los efectos iniciales. En el caso de abuso dificultad para recuperarse, vómitos, en ocasiones bloqueo del sistema respiratorio. El consumo múltiple de sustancias puede intensificar sus efectos como la relajación y somnolencia por ejemplo los antigripales, los sedantes, antialérgicos, esto induce a dificultades por ejemplo en labores que requieran una motricidad adecuada o en la conducción de automóviles. Otra combinación de sustancias pueden afectar el aparato digestivo etc.

A nivel orgánico el alcohol ingresa muy rápidamente y se distribuye en todo el organismo, y a nivel cerebral se detectan altas concentraciones a los pocos minutos de su ingesta ya que es absorbido muy bien por éste, debido a que es muy soluble en agua como en grasas.

El consumo de alcohol en nuestro país y a nivel publicitario especialmente está asociado a celebraciones, disfrute y buenos momentos, y la franja etárea a la que está más dirigida es a los más jóvenes.

Estos los “finde” tienen por costumbre tener “la previa” se trata de un consumo anterior a la salida y generalmente sin haber ingerido alimentos, por lo que los efectos son más rápidos. A nivel del cerebro; los alimentos permiten que el alcohol se vea demorado en su acción un par de horas. Por esto la concentración en sangre es 3 a 1 en quien ha comido o no previamente.

La combinación de varios tipos de alcoholes influye negativamente en los efectos ya que cuanto mayor es la concentración de alcohol en la bebida que se trate, más rápidamente se absorberá por lo que la de mayor concentración “agilitará” a la de menor.

Un consumo rápido y de altas concentraciones de alcohol producirá torpeza de movimientos, del equilibrio y dificultad para pensar.

En cuanto a su metabolización buena parte se realiza en el hígado, al degradarse lo hace en sustancias que llevan al malestar, la velocidad de este proceso es determinada, por lo que en la sobredosis se produce una demora permaneciendo el alcohol en el organismo más tiempo en un grado de intoxicación. El proceso de otras sustancias puede verse acelerado por ejemplo los medicamentos y dejar de ejercer su efecto deseado.

Otro de los efectos de las ingestas repetidas son daños en diferentes órganos, el hígado es uno de los más afectados, gastritis y cirrosis se tratan de algunas de las dolencias más frecuentes de entre otras, que afectan el sistema digestivo. Otro de los órganos más afectados es el cerebro, Dra, Cynthia Kuhn, Dr. Scott Swartzwelder y Dr. Wilkie Wilson señalan que “... *han observado encogimiento en el tejido cerebral en personas después de la ingesta de alcohol durante largos períodos*” (2012, p.50), aunque también se produce su recuperación luego de un período de abstinencia, pero hay que señalar que no por las mismas células sino por las que sirven de soporte. Otras regiones son el Lobulo Frontal responsable de coordinación de las funciones, Cuerpos Mamilares y el Hipocampo que intervienen en la memoria.

Según estos autores citados se han observado dificultades en varias de las funciones que tienen que ver con la memoria, el pensamiento abstracto, la concentración y atención etc.

Una de las dificultades que experimenta un bebedor crónico es la de poder mantener y generar vínculos y esto podría entre otras cosas deberse a su incapacidad de percibir emociones en los otros en sus expresiones.

Todas estas funciones tienen una recuperación moderada, no así en su totalidad, ya que habrán déficits que permanecerán sin posibilidad de mejora.

En cuanto al comienzo de la práctica del consumo por los más jóvenes está asociada a dificultades en el aprendizaje.

Otros de los factores a tener en cuenta es la masa muscular y el género, aquellos que tienen mayor tenor graso, presentan menor cantidad de alcohol en sangre pero se retrasa su

eliminación, esto se observa en las mujeres que tienen más tejido adiposo que los hombres, en el caso del uso de píldora anticonceptiva se reduce aún más. A esto se suma que sustancias producto de la degradación del alcohol se encuentran en mayores porcentajes en la mujer, por lo que éstas tendrán efectos más agudos. La posibilidad de desarrollar diversas patologías con mayor facilidad, entre las que está incluido el cáncer de mama.

En las mujeres embarazadas ocurre que al beber alcohol este llega rápidamente al feto por lo que este puede presentar mayor concentración en sangre que la madre. Los niños con exposición prenatal al alcohol en bajas dosis no presentan daños severos, sí se encuentran en dosis elevadas de consumo. Señalan los doctores Kuhn, Swartzwelder y Wilson (2012) que:

(...) los niños en edad escolar (...) se describen como hiperactivos, distraídos e impulsivos, con poca capacidad de concentración, todos ellos comportamientos similares a los observados en niños con trastorno de déficit de atención (ADD). Sin embargo (...) difieren de los niños con ADD en el sentido de que tienen mayores carencias intelectuales". (p. 57)

Estas discapacidades debido a la exposición prenatal pueden permanecer durante su vida adulta, sean estas dificultades neurológicas o cognitivas, como también C.I. (Coeficiente Intelectual) más bajo que la media.

En cuanto a los hombres señalan los doctores Kuhn, Swartzwelder y Wilson (2012) *"Entre el 40 y 90 por ciento de los bebedores crónicos (...) hablan de reducción del deseo sexual. Los bebedores crónicos muestran una capacidad reducida para la erección y eyaculación y tienen menos espermatozoides en el esperma."* (p.66)

Otro elemento a tener en cuenta es la asociación del alcoholismo con el consumo de otras sustancias y con trastornos varios señala el Dr. J.Guardia Serecigni (2012), citando a Jaffe y Anthony:

Las personas que tienen dependencia del alcohol tienen un mayor riesgo de desarrollar abuso o dependencia de otras drogas y poliabuso de sustancias, pero las personas que presentan abuso de drogas tienen todavía una mayor riesgo de alcoholismo y con frecuencia tienen antecedentes familiares de alcoholismo (Jaffe y Anthony, 2005) (p.222)

El alcoholismo a su vez se encuentra relacionado a diferentes problemáticas, como son la violencia domestica, dificultades laborales, exclusion social etc.

En el grupo familiar podemos encontrar relaciones disfuncionales como origen o consecuencia del consumo excesivo de sustancias entre otras el alcohol. Es usual encontrar una estrecha relacion entre la problemática familiar y el consumo más allá del rol que tenga el consumidor. Factores de riesgo asociados son el entorno social, lo cultural y el sistema de valores asociados al consumo, antecedentes familiares etc.

En el ambito laboral, esta relacionado al ausentismo, bajas laborales, mayor porcentaje de accidentes laborales, conflictos, sanciones, disminucion del rendimiento, causa de despido, etc. Actividades en donde se observa el mayor consumo son el rubro de la construccion, expendedores de bebidas etc.

En oportunidad de la apertura del Centro de Escucha del PIT-CNT, en el mes de Noviembre del 2013, señalaba el secretario general de la Junta Nacional de Drogas (JND) Julio Calzada con relacion al consumo laboral *“Sabemos que tenemos 260 mil usuarios problemáticos de drogas, unos 62 mil adictos al alcohol pero, sobre todo en el ámbito del trabajo, la sustancia que tiene más impacto es el alcohol”* (Sección, comunicación, noticias, párr.9)

En cuanto a otros efectos psicicos se cita en el “Manual de adicciones para médicos especialistas en formacion” que el *“El consumo excesivo de alcohol puede provocar o precipitar los siguientes cuadros: Trastornos Psicóticos: Alucinaciones transitorias, alucinosis alcohólica, intoxicación con síntomas psicóticos, celotipia. Trastornos del Comportamiento: Intoxicación patológica. Trastornos del nivel de Conciencia: Delirium Tremens, Síndrome de Wernicke.”* (Florez, G., Saíz, J. y Cuello, L., 2010, p. 324)

Y citando a Rossow (1996), nos expresa que *“Suicidio: El consumo abusivo de alcohol es un importante factor de riesgo para las conductas suicidas. Existe una relación directa entre la intoxicación alcohólica y el riesgo suicida.”* (p. 326)

Tabaco:



En la “Quinta Encuesta Nacional en Hogares sobre consumo de Drogas” (2012) se señala:

El tabaco es la segunda droga más consumida en Uruguay. El 57,3% de las personas de 15 a 65 años ha consumido tabaco alguna vez en su vida, mientras que el 33,9% declara haberlo consumido en el último año y un 31% en el último mes. (p.20)

Por otro lado observamos que como se señala por MedlinePlus (2013):

El tabaco es una planta cultivada por sus hojas, las cuales se fuman, se mastican o se inhalan.

- El tabaco contiene un químico llamado nicotina, la cual es una sustancia adictiva.
- El tabaco también contiene más de 19 químicos conocidos que pueden causar cáncer. Como grupo, se denominan "alquitrán". En el tabaco, se pueden encontrar más de 4,000 sustancias químicas adicionales. (párr. 2)

Se puede consumir en diferentes formas entre otras: cigarros, puros, en pipa, mascado, "snifado", percutáneo etc. En tratamientos como parches, o chicle de nicotina.

Sus efectos son variados en el organismo, se pueden observar un aumento de actividad intestinal, en la frecuencia cardiaca, tensión arterial etc.

En dosis bajas pasan desde sensación de bienestar, estimulante de la concentración y atención, efecto calmante, sus consumidores lo señalan como un regulador de la ansiedad. Sin embargo en dosis más elevadas puede ser generador de sudoración, diarreas, náuseas, temblores convulsiones problemas respiratorios etc. La mayoría de estos efectos ceden al poco tiempo de abandonar el consumo.

En cuanto a los consumidores de largo tiempo y en dosis diarias mayores pueden experimentar ya signos de abstinencia a las pocas horas, pero éstos son más importantes un par de días después. Ansiedad, inquietud, dificultad para dormir, aumento del apetito son algunos.

Lo mismo que ocurre con otras sustancias hay una reacción inicial con efectos secundarios que luego van cediendo a medida que se acostumbra (tolerancia), mareos, dificultad para respirar y opresión torácica entre otros.

El consumo combinado con otras sustancias puede ser riesgoso especialmente con aquellas que aumentan la frecuencia cardiaca.

Señalan la Dra. Kuhn, Dr. Swartzwelder, y Dr. Wilson (2012) “*Cuando se consumen nicotina y cocaína al mismo tiempo, ambas sustancias ejercen más presión en el corazón que por separado. Esto combinación aumenta el riesgo de muerte súbita o ataque al corazón*” (p.250)

El tabaco al igual que el alcohol, está asociado a factores socioculturales como la oferta, la edad, ocupación, la aceptación social, y especialmente al disfrute y a eventos sociales, en lo referente al consumo comienza a darse como se citó anteriormente alrededor de los 15 años de edad, por lo que es de esperar que se experimente por largo tiempo. El mayor porcentaje de fumadores comenzaron en etapas tempranas.

Por qué se permanece en el consumo, se señala, entre otros elementos:

- 1) *Refuerzo positivo*: la nicotina potencia la capacidad de concentración, hace que mejore el sentido del humor y que disminuya el peso.
- 2) *Rapidez del efecto*: tras la inhalación del humo de un cigarrillo, la nicotina apenas tarda 10 segundos en llegar al cerebro, por lo que el efecto es casi instantáneo.
- 3) *Control de la dosis*: la forma de administración de la nicotina a través del cigarrillo hace posible un control de la dosis por parte del fumador.
- 4) *Frecuencia de administración*: es habitual una administración repetida de la nicotina (200 veces por día en un fumador de un paquete diario).
- 5) *Automatización*: debido a la alta frecuencia de administración, el hábito de fumar llega a convertirse en un acto automático. (Bascarán, M^a. et. al. 2004, p.151)

Con respecto a su ingreso en el organismo como se produce a través de la inhalación llega rápidamente al cerebro vía pulmones, no ocurre igual al ser mascado vía mucosas, costumbre en otros países, en donde la dosis es mayor pero demora más.

El porcentaje de nicotina varía según el modo de ingreso e incluso de la práctica del consumidor la frecuencia, la bocanada, hay consumidores que mantienen el cigarro entre los labios largo rato por lo que inhalan más, otros por lo contrario lo mantienen entre sus dedos.

Así como su absorción es rápida a través de vías respiratorias y membranas y también lo es su eliminación después de ser degradada por el hígado es eliminada por los riñones. Esto hace que los picos más altos de concentración se observan a los pocos minutos y a la media hora ya es mínima, por lo que lleva al consumidor a volver a consumir.

En cuanto a los efectos psíquicos, en el caso del tabaco están más relacionados con otros aspectos al decir de la Dra, Kuhn, Dr. Swartzwelder y Dr. Wilson (2012)

Mucha gente obtiene bienestar y calma a través de pequeños hábitos o rituales personales, como golpear repetidamente el suelo con el pie o silbar; cuando se fuma, muchos de esos hábitos se asocian con la liberación de nicotina. (...) Cualquiera o cada uno de estos pequeños rituales puede calmar al fumador y asociarse con los efectos farmacológicos de la nicotina. (p. 257)

Se ha investigado también la estimulación de la nicotina en la liberación de la acetilcolina que tendría como resultado mejoras en la memoria, en periodos breves.

Por otro lado los Psiquiatras Alfredo Gurrea Escajedo & M^a Cristina Pinet Ogué (2004) señalan la vinculación existente entre el consumo del tabaco y los trastornos afectivos, haciendo hincapié en la necesidad de un abordaje específico en el mismo. Hacen referencia a un elevado consumo en pacientes psiquiátricos, y citan “88% en esquizofrenia, 70% en manía, 49% en depresión mayor, 47% en trastornos de ansiedad, 46% en trastornos de personalidad y 45% en trastornos adaptativos.” (p.160) Su interés está puesto en los efectos que sobre estas patologías, se observan con el uso de la nicotina, ya que ésta entre otros puede actuar como ansiolítico según la dosis, tiempo etc. de consumo pero por su uso prolongado puede transformarse en un ansiógeno o sea el efecto contrario.

Marihuana:

En la “Quinta Encuesta Nacional en Hogares sobre consumo de Drogas” (2012) se señala que:

El consumo de marihuana continúa siendo el más extendido en la población luego del consumo de las drogas legales. El 20% de las personas de 15 a 65 años ha consumido marihuana alguna vez en su

vida, en tanto un 8,3% declara que consumió la sustancia en los últimos 12 meses y un 4,9% en los últimos 30 días (...) (p. 25)

Además de remarcar el aumento continuado del mismo en el correr de los años, con respecto a los primeros registros.

La Junta Nacional de Drogas (JND) señala:

El cannabis es una planta con cuya resina, flores y hojas se elaboran las sustancias psicoactivas más conocidas (marihuana y hachís) y más utilizadas entre las drogas ilegales. (...) La planta es conocida en botánica como Cannabis Sativa, y sus efectos psicoactivos, son debidos a uno de sus principios activos: el tetrahidrocannabinol, cuyas siglas son THC. (2011, p. 30)

Este principio activo forma parte de un grupo de unos 400 identificados en la planta, la forma de cultivo, suelos, clima son elementos que inciden en su presencia, así como del tipo de planta y preparación.

Esto último tiene que ver también con el porcentaje de contenido en Tetrahidrocannabinol como señalan J. A. Ramos Atance & J. Fernández Ruiz (2000) que define su pureza y el origen de éstas, las cuales se dividen en 3 tipos: alto contenido de climas cálidos (Méjico o Suráfrica), Intermedio de climas cálidos (Mediterráneo) y por último bajo contenido de climas templados (Francia o Hungría).

La JND en “Problema Drogas: Compromiso de todos” (2011) en relación a los efectos señala:

Efectos psicológicos. Los efectos buscados por el consumidor pueden presentarse solos o bien intercalarse con respuestas indeseadas. Los efectos más frecuentes son: Relajación, Desinhibición, Hilaridad, Sensación de lentitud en el paso del tiempo, Somnolencia, Alteraciones sensoriales, Dificultad en el ejercicio de funciones complejas: Expresarse con claridad, Memoria inmediata, Capacidad de concentración, Procesos de aprendizaje. (p. 31)

Para continuar con:

Efectos fisiológicos. Tras el consumo de cannabis pueden darse diversas reacciones orgánicas, las más frecuentes de las cuales son las

siguientes: Aumento del apetito, Sequedad de la boca, Ojos brillantes y enrojecidos, Taquicardia, Sudoración, Somnolencia, Descoordinación de movimientos. (p. 31)

Con respecto a lo anterior en el material de Uruguay Educa “Drogas legales e ilegales” se señala que: *“Los efectos dependerán de la dosis, el tipo de Cannabis sativa y el estado anímico y físico del individuo que la consume.”* (2003, diap. 18) Por lo que hace una clasificación de los efectos a corto y largo plazo, con respecto a los últimos señala entre otros:

(...) “síndrome amotivacional” (disminución de la iniciativa personal), (...) el humo de esta planta contiene más agentes cancerígenos que el tabaco, (...) Su uso también se ha asociado a la aparición de enfermedades como sinusitis y bronquitis (...) Puede, así mismo causar alteraciones en los sistemas reproductores (...) e inmunológico, y como el THC atraviesa la barrera placentaria y mamaria, su consumo supone un riesgo para el feto durante el embarazo como en la lactancia. (diap.20) (...) Está constada la potencialidad del cannabis como un gatillador de psicosis y cuadros de delirios y alucinaciones en personas en riesgo. (...) (diap.21) También se altera la percepción de la visión, el sonido y el tacto; afecta el estado de ánimo y la interacción social. (diap.22)

Medicalización de la sociedad

Expresa el Dr. José Portillo (2006):

La medicalización de nuestra sociedad, entendiendo como tal la permeación y el dominio del imaginario colectivo por el saber y el poder médico, es uno de los aspectos más destacados y representativos de nuestra identidad cultural.

Si bien es cierto que el predominio del fenómeno salud y enfermedad, así como la respuesta de la sociedad al mismo, la práctica médica (científica y no científica), son propios de la cultura occidental, nuestra sociedad uruguaya se ha transformado en un representante destacado de tales culturas. (p.11)

De acuerdo a lo anterior y al desarrollo de la industrialización, la necesidad de mano de obra y desarrollo del capitalismo, es como los sujetos devinieron “enfermos” según la Dra. Ana Lía Kornblit, Dra. Ana Clara Camarotti y el Dr. Pablo Francisco Di Leo (2011) a los “*que hay que curar (diagnosticar, prescribir y tratar) y reinsertar en la sociedad.*” (p.12); por lo que la medicina adquiere un poder que en el origen estaba en otras manos, ubicándolo a su vez en el saber médico.

Joaquín Rodríguez Nebot (1998) pone su atención en esto, y dice en relación a ello:

La Clínica es un artefacto. Tomamos la noción de artefacto, en el sentido de lo que quiere decir la misma palabra: es un aparato, construido por el hombre según un arte y a su vez da cuenta de una acción. Pero la clínica debe su ascendencia al campo de la Medicina, y aquí las artes de Michel Foucault, nos inspiraron profundamente. (...) la Medicina se inventó un artefacto –dispositivo- de transmisión de sus saberes-, para la capitalización de este saber y el desarrollo de su poder, sobre la sociedad civil. (p177)

Es de esta forma en que la Medicina se especializa en prácticas sobre los cuerpos y la clasificación de sus patologías, la investigación, las metodologías de acción, y un interés creciente por delimitar su objeto de estudio. Por lo que J.Rodríguez Nebot señala:

La psiquiatría, como buen brazo ejecutor de la Medicina, produjo un saber y una clínica específica amparándose en el modelo médico. Esto generó una categorización y clasificación desmesurada de los cuadros psicopatológicos, y por ende, reproduce los infinitos diccionarios y tratados en donde con lujo de detalles fue acumulando un saber creciente. (1998, p. 182)

Es esto lo que mantiene por siglos una relación desigual entre un sujeto que “sabe” y un “objeto de estudio” pasivo, “que no sabe” y es a la vez *paciente*.

Es en esta diada asimétrica en que J.Rodríguez Nebot pone su acento, ya que influenciada por el paradigma clínico y en forma de holograma infinito se repite en todos los ámbitos y señala:

La base de este dispositivo o su lógica, es la de hacer pasar los cuerpos y las mentes de los usuarios por determinados espacios y/o lugares ya prefigurados de antemano, que con el cúmulo de saberes adquiridos

durante decadas solamente reproducen el instante originario del dispositivo. (p.183)

Pero es la falta de novedad del dispositivo, esta aparente disociación entre el sujeto y el objeto que le genera cuestionamientos, ya que hay una falsa ingenuidad del primero y se encuentran por lo contrario mutuamente influenciados.

La Psicología a su vez no escapa a la influencia de la hegemonía médica, por lo que repite este dispositivo y J.Rodríguez Nebot (2004) plantea:

¿qué ocurre con aquellos pacientes que de ninguna manera entran en los encajes de la rejilla, de la red simbólica de significancia construida por estas clínicas sedentarias? ¿Qué ocurre con estas nuevas formaciones psicopatológicas llamadas nuevas adicciones: (...) ¿Qué ocurre cuando estas modalidades o estas formas subjetivas del expresar humano adquieren tal dimensión que desbordan los posibles encuadres psicoterapéuticos...? (p.18)

Para continuar luego afirmando amparado en su vasta experiencia; lo que le permite dilucidar las carencias del mismo:

Es por eso que la clínica no es una sola sino son muchas, pero no son muchas solamente porque hay una transformaciones de las subjetividades en el contexto de las psicopatologías actuales, sino que también son muchas porque el acto clínico es una operación sumamente compleja de investigación, de elaboración teórica, de principios de regulaciones de encuadres y dispositivos y de encuentros con el sufrimiento humano. En este sentido la clínica se transforma en un constructo que tiene al sufrimiento psíquico por base y a su vez una elaboración teórica que da cuenta o intenta dar cuenta de un posible devenir, o de una posible respuesta ante la pregunta de aquel que sufre. (2004, p.19)

Características del consumo en Uruguay:

Cuando hablamos de lo simbólico con respecto a las sustancias mencionadas, surgen algunas interrogantes, es por la accesibilidad a éstas o al estilo de vida que tenemos? Además de lo

anterior cabe preguntarse ¿Porque los uruguayos acceden a determinado tipo de consumo y sustancias? Por lo antes señalado las sustancias más consumidas son el Alcohol, Tabaco, Marihuana, Pasta Base, Cocaína, en menor proporción Inhalantes. Además de las anteriores, Psicofármacos dentro de los que se encuentran analgésicos Opioides como la Morfina, Fentanilo; Tramadol, etc. todas ellas con la capacidad de inducir al abuso y la dependencia.

Las primeras: Alcohol, Tabaco y Marihuana están más relacionadas al consumo individual y grupal, vinculadas a todos los estratos sociales sin distinción y asociadas a un componente simbólico que señala el Lic. G. Eira (2008):

Además de que esta hegemonizado por el saber medico el tema drogas es un tema que se mueve en términos de Identidad, o sea ocupa un espacio político muy importante, por eso hay también varias asociaciones simbólicas con la práctica que poco tiene que ver con la práctica, por ejemplo ustedes piensan droga y lo primero que piensan es adicción (...) (p.3)

Aclarando después que se “(...) *asocian drogas-adicción, y no es así, digo la mayor parte de los problemas no tienen relación con la adicción, y por otro lado no todo el que se droga es un adicto* (...) (p.3).

Continúa diciendo:

eso depende de quién, es como si vos me preguntaras... el socio-tipo del consumidor de mate... esta en todos los sectores... en todos los circuitos sociales de todos lados... y no es lo mismo el que consume el mate en la Facultad... o a Doña Pocha que consume con azúcar... y cada uno lo hace diferente (...) (p.8)

El económico es otro factor importante, la Pasta Base es una sustancia más consumida por sectores más carenciados, por su bajo costo y rapidez de acción, sin embargo la Cocaína en sectores de mayor poder adquisitivo y asociada a determinadas actividades o profesiones, la “resistencia” es el efecto más buscado, ejemplo de esto se da en profesionales de la salud, del deporte, o en la producción y rendimiento laboral.

En el caso de los Psicofármacos, la elección pasa por superar entre otras la depresión, ansiedad o el dolor, compras en las ferias, largas horas en las consultas, o recorridos de grandes distancias, mecanismos de seducción con el profesional actuante para lograr la

prescripción, y un conocimiento profundo de los efectos para lograr el convencimiento de éstos son característicos. Sumado a lo anterior, la prescripción por otros ante síntomas no tan significativos, hacen que el contacto con la sustancia sea facilitado.

Pero hay más posibilidades para la “adicción” como señala Fernández, J. (2000) “... *podemos acordar que en mayor o menor medida todos somos adictos y estamos enganchados a algo, sea el azúcar, la nicotina, el alcohol, la televisión, el juego, la moda, o el trabajo.*” (p. 53) A estos se pueden agregar, el celular, las redes sociales como Facebook, aplicaciones como WhatsApp, Twitter, y muchas otras. Las variaciones son infinitas y las acompañan las sombras del deseo y la insatisfacción, surgen a la medida respondiendo a las singularidades insertas en un complejo entramado social.

A este último hace referencia Joaquín Rodríguez Nebot cuando reflexiona sobre las transformaciones que se vienen dando con el capitalismo imperante en lo familiar y sus vínculos, de la institucionalización de éstas y sus funciones. Pone énfasis en la velocidad de estas modificaciones, y como es posible observarlas en los modos de producción, comunicación, las nuevas clases y profesiones que lideran; y en la distribución económica, reconfiguración de las clases sociales, de los capitales y las subjetividades. Como estas re-estructuraciones en lo macro modifican lo micro, lo más íntimo de lo familiar, generando nuevos vínculos y sometiendo a los sujetos; por lo que dirá:

Este profundo cambio-la movilidad y velocidad- en el ámbito de lo laboral y familiar genera a nivel afectivo una incertidumbre y angustia creciente tendiente a la hiper- adaptación y sometimiento a las consignas institucionales del momento para no quedar excluido de los procesos. (2009, p. 241)

Por lo que expresa:

(...) la estructura actual del sistema de producción marca una tendencia a la conformación de un tipo de subjetividad que lleva como conducta y hábitos al acto del consumismo y la consecución de placeres en forma inmediata, por lo tanto esta realidad genera obviamente un tipo de mentalidad de dependencia y subalternidad, que se cristaliza en crear vínculos tóxico-dependientes, con tendencias a la actuación y a la fuga constante de las realidades imperantes, al no pienso y como lo dice la misma palabra lo no dicho etc. Si le agregamos un sistema de

producción, distribución y marketing que realiza el narcotráfico, con múltiples conexiones y complicidades tenemos un doble circuito que se refuerza constantemente. (p. 245)

En relación a esto último señalaban G.Eira & J.Fernández Romar (1995) ya desde hace más de una década:

(...) Uruguay no configuraría una ruta permanente de tráfico sino una de alternativa para la salida de cocaína a Estados Unidos o Europa. De todas formas las fronteras nacionales resultan fácilmente vulnerables para los traficantes quienes ingresan regularmente por tierra o por servicios turísticos marítimos las cantidades necesarias de drogas para el abastecimiento del mercado local. (p.57)

denotando con esto la fácil accesibilidad a diversas sustancias.

Por lo que dice J. Rodríguez Nebot (2009):

Dicho reforzamiento tiene como consecuencia que las adicciones no son un síntoma que se puede aislar, se han conformado con un síndrome, en nuestra concepción se han transformado en un estilo de vida. En este sentido decimos que todo intento de trabajar terapéuticamente tiene como objetivo la formalización de dispositivos que tiendan a la producción de espacios para la emergencia de procesos de pensamientos y reflexiones de cambio y transformación y mutación del estilo de vida de los sufrientes. Por otro lado se intentará que los mismos sufrientes adquieran una conciencia de sí y puedan generar mecanismos trascendentes y de agenciamiento de su estilo de vida.” (p. 245)

CAPITULO III:

Imaginario social

Dice J. Rodríguez Nebot (1994):

Hay una historia de las mentalidades, de las sensibilidades, que responde a diferentes imaginarios sociales. Hay construcciones de la realidad social, que la hacen los hombres en su producción, en su fuerza, en su poder, en su imaginación. Con la imaginación singular

construimos una realidad virtual, que es concreta y acopla con las gestiones de los otros. Se difunden, se metamorfosean y se trastocan en el acto de acople. Construimos máquinas y somos la máquina, deseante, inmanente, que se desplaza por espacios y planos distintos haciendo acoples múltiples produciendo rizomas y redes de acción. La subjetividad fluye a distintas velocidades, no empieza ni termina, es un continuo que se transforma y que incansablemente se trasmuta. (p.16)

Somos nosotros y los otros, y nuestra subjetividad como señala; transcurre entre y en nosotros como un río interminable, siempre cambiante, nos desborda, nos envuelve, nos impregna y nos arrastra sin tregua. Pero se vuelve a veces extraño, no reconocible, al que denomina el “intangible”. Otras toma forma instalándose en las instituciones, en lo social, en los dispositivos, en lo cotidiano.

En nuestra sociedad, tenemos clara buena parte del imaginario social y que se revela a través de frases que en un “corte y pegue” repetimos incansablemente o las vemos escritas en los muros que delatan la subjetividad imperante en algunos sectores: “son planchas”, “y que querés es empleado público” “son todos drogadictos” etc. Su cometido es variado y alcanza límites insospechados.

No discrimina clases, ni ámbitos ni sectores, en donde de una u otra forma encontremos una postura simplista y sin análisis ni reflexión, en una actitud no creativa, muchos menos innovadora.

Cuando se habla de imaginario social desde algunos sectores, en ciertas ocasiones, se refiere a una suerte de ignorancia generalizada que estaría presente en los sectores menos escolarizados, descartando que desde los políticos, académicos, religiosos, médicos, etc, surgen también posturas que denotan un imaginario social, intransigente, autoritario y discriminatorio. Muchas veces esto avalado por los mismos sectores a los que aluden, en una actitud sumisa y que refrenda a los primeros.

No podemos olvidar la incidencia de los medios de comunicación, son estos quienes a través del contenido de sus emisiones, forman parte de la generación y construcción de diversas representaciones sociales.

Es así como los consumidores o adictos a diversas sustancias son catalogados desde y según el ámbito del cual se trate como “enfermos”, “trastornados”, “delincuentes” etc. reflexiona

Carmen Soto Fortuny (2011) y dice al respecto *“El concebir al consumidor de sustancias como un enfermo lo desresponsabiliza, en cierto modo, dado que sería “víctima” de un padecimiento que esta más allá de su posibilidad de decidir; la enfermedad vuelve pasivo a quien la sufre”* (p. 127) por consiguiente no estaría capacitado para tomar decisiones adecuadas y necesita de otros para superar esta situación, aludiendo a una mirada desde el modelo médico.

Continúa después: *“Desde el punto de vista social, se piensa que los adictos tendrían un sentido del deber deteriorado, serían incoherentes en su actuar, irresponsables, mentirosos y manipuladores”*. (p.128)

Sin duda y sumada a las anteriores hay una percepción social del consumo de sustancias mayoritaria, asociada a conceptos tales como delincuencia, delito, ilegalidad, violencia, explotación, marginalidad, pecado etc. una mirada esencialmente desde una necesidad subyacente de control y sujeción a ese “otro” que se escapa de la norma.

Prohibición

“La manzana”

“Y mandó Jehová Dios al hombre, diciendo: De todo árbol del huerto podrás comer; más del árbol de la ciencia del bien y del mal no comerás;... (La Santa Biblia, 1960, p.6)

Y Dios le dijo: ¿Quién te enseñó que estabas desnudo? ¿Has comido del árbol de que yo te mandé no comieses?

Y el hombre respondió: La mujer que me diste por compañera, me dio del árbol y yo comí. Entonces Jehová Dios dijo a la mujer: ¿Qué es lo que has hecho? Y dijo la mujer: La serpiente me engañó, y comí.” (p.7)

En la historia de la Cristiandad que se inicia hace un par de milenios, quizá éste sea el ejemplo más claro de la “Prohibición”, serán señalados también “Los diez mandamientos” son una serie de imperativos, que tienen el cometido de regular y controlar a aquellos a quienes van dirigidos.

En el Hinduísmo por su lado encontramos “Las leyes de Manú” (MANAVA DRAMA SHASTRA) (s.f.) se trata de una serie de reglamentaciones que regulan las relaciones de los hombres, y las penas ante el incumplimiento que les serán aplicadas.

Podemos seguir indagando y veremos que todas las civilizaciones y en todos los tiempos han adoptado regulaciones para la convivencia, en la o las que la figura mas destacadas son las portadoras del poder de aplicarlas. Esto ha ido modificandose en el correr de los siglos, recorriendo diferentes senderos.

Podemos observar esto por ejemplo muy claramente; en aquello de “lo dijo el doctor”, el ambito medico tomo sobre sí el poder que en otras épocas detentaba el “Chamán, el brujo, o el hechicero”, es así como desde hace unos siglos, la túnica o el título, marca una situación de poder, en la que marca su presencia la subjetividad compartida desde “ambos lados del mostrador”

Ocurre lo mismo con la temática de la droga, hasta ahora el saber medico es quien determina y evalúa el uso de determinadas sustancias, a traves de un enfoque biológico, todos sabemos que si una droga es indicada por el medico es lo correcto, no así la automedicación.

Ya que como expresa J. Fernández Romar (2000):

En el medioevo las prohibiciones reposaban en la lógica del pecado pero con la secularización está lógica devino en otra, fundada en la peligrosidad social y en el riesgo de las enfermedades de contagio. El desarrollo del proyecto científico de la modernidad convirtió lo que otrora era pecado en patología. (p. 98)

Con respecto a esto la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1994) define:

Prohibición Política por la cual se prohíbe el cultivo, la fabricación o/y la venta (y a veces el consumo) de una **sustancia psicoactiva** (aunque normalmente se permite la venta de los medicamentos de este tipo en las farmacias). El término se aplica especialmente al alcohol, concretamente (como prohibición), para referirse a la época de prohibición de la venta de alcohol en Estados Unidos entre 1919 y 1933 y en varios países en el período entre las guerras mundiales. El término prohibición se utiliza también para hacer referencia a las proscripciones religiosas del consumo de alcohol, sobre todo en los países islámicos. (p.52)

1

Pero no podemos dejar de lado otras influencias ya que como dice J. Fernandez Romar (2000):

Tratar de entender la voluntad prohibicionista en materia de drogas exige una consideración también particular de los factores que convergen en cada caso y en cada sustancia ya que razones filosóficas y religiosas suelen amalgamarse con intereses económicos y proyectos políticos de pequeños grupos de interés y presión. (p. 58)

Son múltiples y variadas las formas en que los países tratan de mantener el control de esta temática de las drogas, enfocados especialmente a la reducción de la oferta y la demanda, políticas orientadas a reprimir el tráfico y producción de las mismas; además de la atención sanitaria. Pero también y en paralelo; se encuentran políticas orientadas al consumo de otras “permitidas”, ya sea por motivos religiosos, productivos, sociales o simplemente por intereses políticos. .

En el artículo elaborado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) “Producción, tráfico y consumo de drogas en América Latina” (2000), sus autores Irma Arriagada y Martín Hopenhayn hacen referencia a otro aspecto importante:

En el campo de los paradigmas académicos que han devenido en doctrinas sociales para el manejo del problema del uso indebido y consumo abusivo de sustancias psicoactivas, dos grandes vertientes contrastan: aquella que propugna una “sociedad libre de drogas” y la doctrina que postula la “reducción del daño” y del riesgo entre quienes hacen uso de drogas”. Ninguno de estos dos paradigmas encarna los extremos del prohibicionismo o del antiprohibicionismo, y en ambas tendencias hay diversas gradaciones. Para considerar la investigación académica en el desarrollo de instrumentos de política, es necesario contar con la información actualizada y los elementos para comparar éxitos y fracasos de las posiciones en curso. (p. 9)

Esto último señala la singular importancia que adquiere la academia como sujeto y objeto en la misma.

Abordajes Terapéuticos

A través de un estudio realizado ya hace un par de décadas pero vigente, por integrantes de la Policlínica de Farmacodependencia del Hospital Maciel, el Dr. Fredy da Silva Rodio y la Psic.

Virginia Esmoris (1995) en relación a menores atendidos en ese Servicio, consumidores de Marihuana, pudieron observar que aproximadamente el 20% de las consultas era por parte de menores de edad, teniendo en cuenta que estos son a partir de los 14 años, ya que se trata de un Hospital de adultos, y que menores de esta edad son atendidos en otras instituciones.

Según el estudio un 70% pertenecen al género masculino; el mayor porcentaje del total de la muestra pertenece a zona urbana y el resto a suburbanas y no tienen registro de zonas rurales.

En relación a su nivel educativo y laboral, el 72,88% citan “...*con sus estudios secundarios incompletos, por abandono o por encontrarse cursando los mismos...*” (p.100) y un 75% de estos adolescentes no trabajan; registro al que le prestan singular atención, y dicen “*Esto señala un elevado índice de desocupación y tiempo libre a valorar, en cuanto a su adecuada estructuración.*”(p.101)

Un aspecto al que se le otorga suma importancia, es la estructuración familiar y señalan:

Analizamos la estructura de la familia de convivencia en el momento de la consulta. Consideremos como familia **estructurada** aquella en la cual todos los miembros están presentes y cumplen sus roles: **no estructuradas**, a aquella familia en la cual haya ausencia de alguno de los miembros, dejando su rol vacío por muerte, divorcio, separación. **Neo-estructuradas** a aquellas que se reorganizan por un nuevo matrimonio, llegada o inclusión de otra persona que cumple los roles dejados vacantes. (1995 p.104)

Lo rescatan como dato a tener en cuenta, ya que prácticamente la mitad de los menores consumidores provienen de familias desestructuradas, con características tales como pérdidas familiares, muertes prematuras, especialmente de referentes significativos como son los abuelos. En relación a familias estructuradas, el porcentaje de pertenencia es mucho menor, al igual que el de las neo-estructuradas que es apenas un 7%.

Se suman a los mencionados, los aspectos fisiológicos, patrones conductuales de consumo, etapa en la que se encuentra, la percepción del mismo por el sujeto y sus pares, el que a su vez se encuentra relacionado al grado de vulnerabilidad psíquica al mismo, el contexto familiar y social, aprendizajes etc.

Estos datos mencionados entre otros, son de relevancia a la hora de optar por algún abordaje terapéutico en especial, y estos enfoques tienen que ver a su vez con un marco teórico determinado, que dará lugar a las diferentes modalidades psicoterapéuticas.

Considerando el lugar central del abordaje psicoterapéutico dicen Bermejo, P. et al. (2008):

Esta centralidad de los tratamientos psicológicos dentro de las intervenciones terapéuticas en 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. 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 del tratamiento. (p.15)

Esto tiene que ver con un abordaje que respeta las singularidades de los individuos y del contexto, con el fin de obtener los máximos resultados. Por lo que este dependerá según la sustancia, el tipo y grado de consumo y los objetivos planteados.

Por citar algunos de ellos:

La asesora de la Presidencia de la República Psic. Nelmis E. Rodríguez Hernández (2007) señala el abordaje **Cognitivo – Conductual** como posibilidad para el tratamiento de las adicciones, en ese caso en combinación con una Psicoterapia Farmacológica, resaltando la necesidad de una terapia individual y familiar.

Refiere a tres etapas, a realizarse en un periodo de uno a tres años que detalla:

1. *“Concientización y Análisis del problema-adicción.*
2. *Reconstrucción de los vínculos, reestructuración cognitiva, afrontamiento de situaciones estresantes, prevención de recaídas.*
3. *Aprendizaje y reforzamiento de habilidades sociales como sostén en el proceso de cambio y rehabilitación.”* (2007, p.2)

En las etapas señaladas se procede a la reeducación del sujeto, exponiéndolo en forma gradual a diversas experiencias de aprendizaje en relación a la magnitud y consecuencias

sociales de su adicción; se le interioriza sobre los síntomas que se presentan en estas patologías y las formas de afrontamiento.

Trabaja sobre la reconstrucción y creación de nuevos vínculos, y la posible búsqueda de otros espacios no relacionados al consumo. Reforzamiento de los cambios y el reconocimiento de los mismos, con la posibilidad de encontrar alternativas al consumo. Como desarrollar estrategias ante posibles recaídas, por ejemplo ante la presión de pares que continúan en el consumo.

En relación a las **habilidades sociales**, remite a la importancia de poder habilitar la *“Expresión de sentimientos, la mayoría tienen problemas de expresar afecto verbal y físico. Dificultad para cuidar al otro, para valorar al otro y así mismo.”* (2007, p.3). Así como también, trabajar sobre la Autoestima y el Autocontrol, esenciales para el mantenimiento de la abstinencia.

Este tipo de intervención es uno de los más adecuados y utilizados para prevenir y evitar las recaídas; en un principio era dirigido a consumidores de alcohol, para posteriormente adaptarse para los de cocaína.

Puesto que como señalan los Lic. M^a G. Bazzano, J. Rodríguez, M. Rodríguez y A. Varela. (2013) de SEAMOS, Asociación Uruguaya de Rehabilitación y Recursos Laborales, sobre el Conductismo:

Ciencia del comportamiento, observa y plantea sus métodos de intervención a partir de la interacción construida entre el individuo y su ambiente físico, biológico y social. Trabaja entonces sobre el campo cognitivo y su correlato emocional.

Es una filosofía de la praxis. Busca dar soluciones a los problemas del comportamiento. Como se comportan los sujetos en base a determinados estímulos interrelaciones a través de complejas variables interactuantes.

Poniendo su atención en las situaciones y respuestas orgánicas en que las personas se vinculan, ya que lo hacen *“en función de factores estimulantes, orgánicos-disposicionales. Las consecuencias de la respuesta conductiva, fortalecen a la misma positiva o negativamente”*. Para continuar después:

(...) se trabaja fundamentalmente sobre la investigación del condicionamiento clásico y operante y sus combinaciones y formas de expresarse a través de la conducta. Sobre esta base trabajan los

terapeutas a través de sus principios aplicativos como el reforzamiento positivo, negativo y demás. (Sección Psicoasesoramiento, párr.9)

Otro tipo de enfoque según Gorski, T. & Miller, M. (1995) es el **Sistémico**, este está orientado a *“... entender y analizar cómo un sistema se ve a sí mismo dentro de su realidad, a partir del contexto que le rodea, lo cual incluye principios, normas sociales, valores, educación, etcétera, es decir, los elementos culturales en que se desenvuelve el sistema familiar.”*(p.2)

De esta forma generar mediante el uso de los recursos con los que cuente, nuevas formas vinculares y de afrontamiento a la situación de consumo.

Por su lado dicen Lic. M^a Gabriela Bazzano, J. Rodríguez Nebot, M. Rodríguez y A. Varela. (2013):

(...) esta línea de trabajo considera que basta con que un miembro de la familia asista a la consulta para que éste provoque cambios en los demás (...) Es una forma de intervención que no focaliza en el problema sino en la búsqueda de soluciones. (...) Es una terapia bastante directiva que no profundiza en lo inconsciente y va más a lo conductual vincular. (párr.12)

En cuanto a la Terapia Familiar como modalidad de intervención señalan Gorski, T. & Miller, M. (1995):

Esta modalidad considera a la familia como paciente y al miembro adicto como el síntoma por el que se acude a tratamiento. Los procesos de la dinámica familiar, como la comunicación, roles, involucramiento afectivo, reglas y disciplina, control, realización de tareas, valores e ideales, constituyen un modelo de abordaje terapéutico para detectar los factores que promueven y mantienen las conductas adictivas, favoreciendo el esclarecimiento de relaciones interpersonales y familiares que llevan a la solución del conflicto. (p.5)

Lo anterior, denota el compromiso necesario por parte de la familia o de los referentes más cercanos, además del adicto, para el logro de la permanencia en el tratamiento y de los objetivos planteados.

Lineas de Abordaje

En cuanto al abordaje en el tratamiento y rehabilitación del adicto se siguen dos grandes líneas: por una parte la de Reducción de Riesgos y Daños y por otra Abstinencia.

Reducción de Riesgos y Daños: Este tipo de tratamiento tiene sus orígenes en Europa a raíz del consumo de sustancias tales como Heroína, cuyo uso requiere de jeringas en su práctica grupal generalmente, en la cual se comparten. Generando esto un factor fundamental en la transmisión de enfermedades de diversa índole, a saber, HIV, Hepatitis B y C, etc. Con el objetivo de minimizar las consecuencias producto de estas experiencias diversos Centros y grupos de trabajo se basan en este criterio.

Abstinencia: Esta modalidad refiere a la total supresión de las sustancias por parte del usuario, sus familiares y/o referentes. Cabe destacar que no aceptan la sustitución de una sustancia por otra.

Entre las instituciones que en nuestro país se basan en este criterio se encuentran, las Comunidades Terapéuticas tales como Izcali, Aconcagua, Manantiales, además de los Centros Asistenciales Públicos, como Policlínicas y Areas de Fármaco dependencias.

Existen algunas instituciones que llevan a cabo las dos modalidades como el Portal Amarillo.

Comunidad Terapeutica

En nuestro país existen aproximadamente 120 instituciones, públicas y privadas abocadas a la Investigación, Tratamiento y/o Prevención del uso indebido de Drogas.

Entre las más importantes y renombradas se destacan tanto a nivel gubernamental y del ámbito privado:

Instituciones Publicas:

Junta Nacional de Drogas (JND)

Centro de Información y Referencia de la Red Drogas (Portal Amarillo).

Policlínica de Fármaco dependencia del Hospital Maciel.

Departamento de Toxicología “Programa de Uso Indebido de Drogas” Facultad de Medicina en Hospital de Clínicas.

Centro de Rehabilitación CasAbierta - Red Drogas Regional Norte

Instituciones Privadas:

Centro Izcali (Centro de tratamiento y rehabilitación del uso indebido de Drogas).

Fundación Manantiales.

Mutualistas: Medica Uruguaya, Casmu, Asociación Española etc.

Estas instituciones tanto públicas como privadas, realizan tratamientos en modalidad ambulatorios, o con internación de desintoxicación, rehabilitación. En otras se imparten talleres de Prevención, de Orientación y Apoyo a usuarios y familiares.

En el caso de la Junta Nacional de Drogas se trata de una organización estatal abocada a la coordinación y definición de políticas orientadas a la investigación, información, prevención, control de oferta y lavado de activos, así como también en cuanto a tratamiento y rehabilitación.

Las Comunidades Terapéuticas en Uruguay, cuentan con una asociación sin fines de lucro denominada Federación Uruguaya de Comunidades Terapéuticas (FUCOT) la misma tiene el cometido de: *“vincular diferentes organizaciones uruguayas con interés en desarrollar el modelo de la comunidad terapéutica en diferentes contextos y con variados propósitos: tratamiento, prevención, promoción de la salud, etc.”* (Sección Que es y para qué? párr.2)

En las que se encuentran: Centro Izcali, Fundación Manantiales, Aconcagua, Ser Libre entre otras. Rescato lo que señala el Centro Izcali:

Somos una institución que se ocupa del cuidado de la salud humana. Específicamente, nos dedicamos al tratamiento, reeducación, rehabilitación y reinserción sociofamiliar de personas con uso problemático de drogas y/o adicciones sociales. Somos una Comunidad Terapéutica Profesional. Eso define nuestro equipo y forma de trabajo: compartimos la filosofía, metodología y principios éticos establecidos por las siguientes organizaciones, de las que además, somos miembro: Federación Nacional de Comunidades Terapéuticas (FUCOT), Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas (FLACT).World Federation of Therapeutic Communities (WFTC). (Sección Centro Izcali párr.1)

Lo anterior define el grupo social al que va dirigido, el tipo de atención que se ofrece el que se encuentra entre el primer y segundo nivel de atención en salud; señala el trabajo en equipo evidentemente multidisciplinario, definido por una metodología y principios a nivel nacional e internacional; con un enfoque claro en un abordaje de reeducación, rehabilitación y reinserción social como señala.

Por su lado Carmen Soto Fortuny (2011), rastrea en el pasado el origen de la Comunidad Terapéutica y dice:

El modelo de Comunidad Terapéutica corresponde a un fenómeno social basado en la condición gregaria del hombre, que integra la experiencia acumulada a través de la historia en materia de convivencia y solidaridad al interior de los grupos. La lógica de las Comunidades Terapéuticas es antigua y sería parte de todas las formas de curación y apoyo comunales. (p. 21)

Señala además registros en la era precristiana poniendo a un grupo religioso Los Esenios y sus prácticas como ejemplo de esto. Estas comunidades se dedicaban al cuidado de sus miembros, curando las “enfermedades del alma”; y los dispositivos educativos para corregir las faltas con los que contaban los rescata como “*base de los futuros programas de tratamiento “terapéutico-educativos”*”. (p.22)

Sin embargo, la Comunidad Terapéutica que hoy conocemos según Domingo Comas Arnau (2010) “(...) *nació tras la segunda guerra mundial para atender los casos de PTSD (Post Traumatic Stress Disorder) entre prisioneros torturados y otras personas que habían sufrido tratos degradantes durante el conflicto.*”(p. 16). Aclara después “*Es cierto que el PTSD aún no se llamaba entonces así, pero ésta era la población a la que se dirigía.*” (p.16)

Es así que a mediados de siglo pasado la CT tuvo una expansión y desarrollo importante en la atención de enfermedades mentales, ofreciendo y citando a la OMS “la alternativa más adecuada a la crisis de los hospitales psiquiátricos”

Las primeras instituciones comunitarias terapéuticas respondían más a una atención psiquiátrica, no a tratamientos en adicciones, su abordaje se dirigía a desórdenes mentales y problemas de conducta. De lo anterior surge en algunos sectores la necesidad de promover la rehabilitación de estas personas y un rechazo a la intervención profesional promoviendo otras alternativas como la autogestión y ayuda mutua.

En las décadas siguientes, se transita por el rechazo al aislamiento de éstas personas tanto en hospitales como en las CT, esto deriva en que posteriormente como expresa Domingo Comas Arnau (2010) *“A lo largo de la década de los años 70 y gran parte de los 80, el concepto de Comunidad Terapéutica se asoció en exclusiva al tratamiento de la heroína, con una fuerte presencia de componente autoayuda”* (p.17)

En este proceso de transformación es que a fines de siglo la Comunidad Terapéutica está orientada preferentemente a la atención de adicciones, teniendo una mirada más aprobatoria por el ámbito médico contando además con la inclusión de profesionales diversos.

Definición de CT:

Domingo Comas Arnau define a la Comunidad Terapéutica:

Una Comunidad Terapéutica es un **centro residencial**, en el que se permanece la mayor parte o todo el día (aunque siempre se pernocta ya que “se reside” en la misma) y donde los internos conviven de forma continua con miembros del equipo técnico. Hay centros en los que se requiere un cierto aislamiento para evitar la irrupción de acciones o prácticas disruptivas, pero en general la propia metodología prevé diversas formas de “participación progresiva en la sociedad externa”. Sin embargo el equipo profesional no reside en el Centro, pero siempre (a cualquier hora) hay miembros del equipo técnico presentes en el centro. La presencia continua del equipo, no tiene por finalidad “controlar a los residentes”, sino que forma parte del desarrollo de las tareas técnicas que de forma continua (es decir las 24 horas del día) debe realizar dicho equipo técnico. (2010, p.17)

En la misma se trabaja sobre pautas definidas, como el tiempo en el que permanecerá el usuario en la institución, que se corresponderá con los objetivos prefijados, con una duración determinada. El cual podrá ingresar, ajustándose a un criterio de selección definido previamente. Se trata de un perfil de quienes serán aceptados para ingresar a la misma en calidad de residentes, el mismo consta de ítems como franja etárea, género, problemáticas que serán abordadas, etc. y que además tiene la finalidad de una especificidad metodológica.

Los usuarios tienen la posibilidad de ingreso y egreso voluntario de la Comunidad Terapéutica, aunque los abordajes terapéuticos tienen una duración determinada que varía según los objetivos planteados, y que se corresponden con las necesidades singulares.

Los abordajes tienen el cometido de la **Reeducación**, por lo que la vida en comunidad es en principio la reproducción de lo cotidiano, los vínculos que se generan entre el equipo técnico y los residentes están orientados a lograr un fuerte efecto en los últimos, y se vuelven particularmente intensos señala Domingo Comas.

Estos aprendizajes se logran gracias a una articulación aceptada entre los abordajes grupales que son los que predominan en la Comunidad Terapéutica y los individuales, bajo una supervisión continua y atenta, por el equipo técnico y profesional.

Haciendo hincapié en lo que definen las Lic. Renée del Castillo, Mariana Villar y Denisse Dogmanas (2011) de otro de los objetivos:

(...) la **Rehabilitación** puede definirse como un modelo terapéutico integral basado en el paradigma biopsicosocial que apunta a mejorar la calidad de vida del paciente, su familia y la comunidad. Se encuentran entre sus objetivos específicos la prevención primaria, secundaria y terciaria (...) (p.85)

Queda claro la importancia de la labor que cumple una Comunidad Terapéutica, orientada a esta problemática.

Evidentemente la Reinserción socio-familiar va de la mano con Reeducación y la Rehabilitación que en este ámbito se van logrando en forma gradual, progresiva y articuladas.

Métodos de Tratamiento en las Comunidades Terapéuticas

Como señalaba el Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE) de Chile en el “Glosario de Drogas” (2008); hoy denominado Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA):

Tratamiento de Sustitución: Se refiere a la prescripción de sustancias de reemplazo como la metadona y la buprenorfina, con fines de mantenimiento (...) y así disminuir los riesgos de mayores problemas de salud. Con frecuencia se administra un tratamiento de mantenimiento a personas que reiteradamente han fracasado en programas libres de drogas. La sustancia de sustitución se administra en dosis adecuadas y estables durante varios meses y, en ciertos casos, durante años. (p.33)

Este tipo de Tratamiento según un informe de hace ya unas décadas de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) (s.f.), es el elegido en Europa debido al alto porcentaje de consumidores de Opio y derivados naturales o sintéticos con el fin de reducir los daños y señala: *“En la mayoría de los países europeos se ofrece algún tipo de tratamiento de metadona. Según la intensidad del problema y sus antecedentes, un porcentaje pequeño o grande la población dependiente de opioides estará en tratamiento.”* (p. 1) A lo que agrega que el mismo, dependerá de criterios de ingreso al mismo, aspectos ideológicos y económicos.

Por su parte Prado, J., Macchetto, T., Belló, M., Martinelli, M., Delgado, R., Pérez, R., en colaboración con el Dr. Barriga, L. (2014) afirman que:

Se considera que los tratamientos sustitutivos de esta naturaleza constituyen una alternativa de tratamiento de tipo farmacológico que, utilizados de manera correcta pueden ser una herramienta muy efectiva, por el contrario, si se administran incorrectamente pueden ocasionar importantes daños a la salud. (Sección I, párr.2)

Los tratamientos sustitutivos se encuentran dentro de la Línea de Reducción de Riesgos y Daños, como paso previo a la abstinencia, y por otro para disminuir los riesgos y daños de la exposición a otras sustancias señalan, son ejemplos del ámbito médico.

Por otra parte en el “Glosario de Drogas” de la CONACE se cita:

Tratamiento y Rehabilitación: Hace referencia al proceso de intervención dirigido a la superación de los problemas de abuso y/o dependencia a las drogas, que incluye el desarrollo de un

conjunto de acciones de carácter sanitario, psicológico, social, ocupacional y educativo, tanto a nivel individual como grupal y familiar. Los procesos de rehabilitación de las drogodependencias se instrumentalizan a través de una variada gama de opciones terapéuticas y de recursos asistenciales. (2008, p.33)

El anterior tiene preferentemente una orientación clara hacia la Línea de abstinencia, e incluye otros aspectos además de la acción farmacológica, que comprenden otras dimensiones del sujeto como son los aspectos psíquicos, sociales y otros, tendientes a una rehabilitación integral de este con su medio que son propios de las Comunidades Terapéuticas, aunque no exclusivos.

Hay un hecho que produce un gran cambio, que reseña Begoña García Galarza (2010):

En 1978, desde Minnesota se plantea la hipótesis de que el alcoholismo es una enfermedad y se traslada esta hipótesis al Congreso de los EE.UU. en la Reunión sobre Alcohol y Salud. Esta hipótesis venía avalada por los estudios que demostraron que la falta de control sobre la conducta de beber constituía en sí misma una patología. (p.12)

Esto será de suma importancia, ya que a partir de ese momento el alcoholismo al igual que la adicción a cualquier otra sustancia, comienza a ser considerado una enfermedad, en la que inciden un sinnúmero de variables y de una complejidad que amerita la acción de diferente enfoque terapéutico.

A raíz de lo anterior, señala que surge el Modelo Minnesota que toma como base el programa de 12 pasos de Alcohólicos Anónimos (AA) tomados de organizaciones que funcionaban en el lugar.

La idea de inclusión de los profesionales en el mismo era una de las aspiraciones ya que los programas eran llevados a cabo por ex – adictos que actuaban como referentes para los nuevos miembros.

Dice B. García Galarza (2010) “*Se pensó que para lograr las metas terapéuticas, lo mejor sería que los pacientes vivieran en un espacio clínico. Se decidió crear un ambiente estructurado con*

una serie de actividades organizada para los pacientes para propiciar cambios conductuales.”
(p.14)

Este modelo es claramente base de las Comunidades Terapéuticas posteriores, ya que entre otros objetivos fue planificada la intervención de un equipo multidisciplinario donde se incluían técnicos de la salud y ex – adictos que actuaban como referentes, además de encuentros grupales, y acciones reeducativas.

Tratamientos en la Comunidad Terapéutica:

Reflexionando sobre los vínculos pautados por el consumo, y no sobre la lógica de lo simbólico, reforzados por las acciones del narcotráfico, dice Joaquín Rodríguez Nebot (2009):

(...) las adicciones no son un síntoma que se puede aislar, se han conformado como un síndrome, en nuestra concepción se han transformado en un estilo de vida. En este sentido decimos que todo intento de trabajar terapéuticamente tiene como objetivo la formalización de dispositivos que tiendan a la producción de espacios para la emergencia de procesos de pensamientos y reflexiones de cambio y transformación y mutación del estilo de vida de los sufrientes. (p.245)

La Comunidad Terapéutica puede por lo tanto considerarse uno de estos dispositivos a los que refiere, cuando dice: “(...) *los mismos sufrientes adquieran una conciencia de sí y puedan generar mecanismos trascendentes y de agenciamiento de su estilo de vida.*” (p.246)

Las modalidades de Tratamiento en las Comunidades Terapéuticas:

Tratamiento Ambulatorio: se realizan en la institución con profesionales a cargo y no se requiere la residencia en la misma. Está dirigido especialmente a etapas iniciales de consumo y a quienes están comprometidos en abandonarlo.

El Centro Aconcagua ofrece tratamiento **Medio Ambulatorio** y cita

(...) funciona en un espacio especialmente diseñado para esta modalidad. De forma de contemplar las actividades laborales del paciente, se ofrece actualmente en tres franjas horarias diferentes, todas ellas de 4 horas de duración. Los participantes

comparten dinámicas de talleres, recreativas y multifamiliares; además de tener evaluaciones psiquiátricas periódicas. (Sección Tratamiento, párr.19)

En la **Internación de tiempo completo**: la permanencia en el centro transcurre por una serie de etapas que comprenden evaluación y diagnóstico, aprendizajes de la normativa del centro, reconocimiento del mismo, en un periodo de adaptación y generación de vínculos con el personal técnico y residentes. Se promueve por parte del personal técnico la Adhesión y compromiso del residente con el tratamiento, desarrollo de Autocontrol y Autoestima. Así como el reconocimiento de los logros a través del proceso.

En etapas avanzadas, gradualmente comienza la reinserción a su contexto familiar y social, a medida que adquiere nuevos recursos. Esta se realiza a través de salidas progresivas. Para posteriormente contar con un seguimiento adecuado para prevenir posibles recaídas.

Los denominados **Centros de Día** dice Fernando Pérez del Rio (2011):

Son centros donde el paciente dedica una parte del día a realizar tratamiento de desintoxicación, rehabilitación o reinserción. Se imparte terapia psicológica y se da bastante importancia a la inserción sociolaboral. Se suelen desarrollar diversos talleres ocupacionales y, de forma sistemática, ofrecen cursos formativos como por ejemplo habilidades sociales y de educación sanitaria con objeto de reducir daños. (p.84)

Esta modalidad permite que el usuario pueda permanecer en su hogar, pero participar diariamente en el centro comunitario de todas las actividades, teniendo la atención necesaria por parte de los profesionales, e interactuar con los internos.

La Magister Andrea Agrelo (2011) de la Universidad de Mendoza Argentina, habla de una propuesta integral del tratamiento en la Comunidad Terapéutica, plantea un abordaje que comprende las dimensiones grupal, individual y familiar. Este se cumple en varias etapas, teniendo en cuenta varios objetivos a alcanzar; al momento de la Admisión por parte del usuario, se realiza un Diagnóstico Integral, análisis de la demanda, áreas a modificar y la planificación de las Estrategias a llevar a cabo.

Por su parte el Centro Comunitario Acasulco perteneciente a la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), lleva adelante el denominado "Programa

de Satisfactores Cotidianos para Usuarios con Dependencia a Sustancias Adictivas” y cuenta con la dirección de la Dra. Silvia Morales Chainé. Este programa sigue el modelo Cognitivo – Conductual y se trata de una adaptación realizada por la Dra. Lydia Barragán y otros, del “Community Reinforcement Approach” (CRA) de Hunt y Azrin (1973) para la comunidad Mexicana.

Este programa es un excelente modelo de intervención, en una institución dedicada a la atención en adicciones como por ejemplo la mencionada Comunidad Terapéutica, el mismo consta de una serie de etapas en el proceso:

Una **Entrevista Inicial**, en la que se evalúa al usuario en aspectos como el grado de consumo, las consecuencias derivadas del mismo, disposición al cambio, áreas familiar, laboral, salud, etc. Se profundiza en aspectos como son: qué tipo de sustancias consume, frecuencia, cantidad, situaciones de consumo, consecuencias físicas y/o psíquicas; sobre el posible consumo de familiares o referentes; como administra su tiempo libre; si ha recibido ya algún tratamiento y de qué tipo. En conjunto con lo anterior se observan la disposición, actitudes y comportamientos del usuario en el desarrollo de la misma.

Además de la evaluación señalada, el objetivo es informarle sobre el funcionamiento del centro y aspectos legales, elaborar un programa de tratamiento, descartar patologías duales que ameriten la intervención del psiquiatra e indagar sobre la posibilidad de contar con un “*Otro significativo*” que le acompañe en el proceso.

En el Manual del Terapeuta del “Programa de Satisfactores cotidianos para Usuarios con dependencia a Sustancias Adictivas” se señala por la Dra. Lydia Barragán Torres, Lic. Marlene Flores Mares, Dra. Silvia Morales Chainé, Lic. Julieta González Vázquez, y Mtra. María José Martínez Ruiz (s.f.):

(...) el Programa de Satisfactores Cotidianos tiene como objetivo hacer que un estilo de vida sin alcohol o drogas, sea más probable que el de uno con el alcohol o las drogas como eje primordial. En conjunto con el establecimiento de metas y el involucramiento motivacional, el Programa de Satisfactores Cotidianos enseña al usuario las habilidades necesarias para crear los estilos de vida prosociales deseados. (p.9)

Por lo que éste consta de la señalización de una serie de componentes, que permiten identificar aquellas áreas a modificar, así como establecer metas que el usuario se proponga

alcanzar. La percepción de la problemática en su totalidad y trabajar sobre ella, le permitirá a los usuarios el aprendizaje y desarrollo de habilidades de afrontamiento a la misma.

Es así como el usuario, transita por un análisis de su conducta de consumo los antecedentes del mismo y las consecuencias derivadas de éste, riesgos a los que se expone, reforzadores de esta conducta y alternativas a la misma.

Poder mantener un registro de la denominada Muestra de Abstinencia, y la posibilidad de contar con un plan de acción pautado con el terapeuta que le permita su logro.

Se señala que *“Cada componente se enfoca en habilidades específicas: habilidades de rehusarse al consumo, habilidades de comunicación, habilidades de solución de problemas, búsqueda de empleo, consejo marital, habilidades sociales y recreativas y control de emociones.”* (p.10)

La posibilidad de prevenir Recaídas o anticiparse a la misma es de importancia para estos usuarios, que pueden contar o no, con un *“Otro significativo”* este es señalado por Barragán, Chainé, González, Flores y Martínez (s.f.) y dicen:

Este componente consiste en enseñar al otro significativo (un familiar o amigo no consumidor) conductas eficientes que apoyen la abstinencia del consumidor, que favorezcan un ambiente agradable de entendimiento, colaboración y apoyo. El otro significativo aprende a aplicar habilidades de análisis funcional respecto a la conducta de consumo del usuario, de comunicación, solución de problemas, control de las emociones y estrategias de advertencia temprana para la prevención de recaídas en el usuario. (p.173)

El *“Otro significativo”* entonces tiene varias acciones a llevar a cabo, además del acompañamiento del usuario, aprenderá a identificar precipitadores internos y externos al consumo, las posibles consecuencias del mismo, tendrá la posibilidad de ofrecer alternativas de rechazo al consumo, control de abstinencia, así como también apoyo en el Tratamiento.

El usuario, de esta forma va adquiriendo la capacidad de aumentar su autocontrol y autoeficacia para rehusarse al consumo, ya que desde lo cognitivo – conductual poder contar con este aprendizaje le facilita la identificación de precipitadores externos (con quién, donde y cuando consume) e internos (pensamientos, sensaciones físicas, emociones previas al consumo).

Uno de los Componentes señalados en el Programa es el de “Comunicación”, de vital importancia para estos usuarios, ya que en su mayoría presentan grandes dificultades para vincularse. Desarrollar habilidades que le permitan solicitar ayuda, evitar conflictos y relacionarse les puede facilitar alcanzar la abstinencia, así como la reinserción social, en ámbitos como el familiar y laboral.

El Tratamiento se realiza en un período que va desde los 30 a 90 días, y se pretende alcanzar un período de abstinencia a los 90 días, se realiza un seguimiento a los 30, 90, 180, y 365 días. En el caso de no poder permanecer en la abstinencia, se lo deriva a otro profesional o método.

Otro de los modelos de abordaje que señalan en el presente la Dra. Lydia Barragán y Dra. Silvia Morales Chaine es el “Modelo Transteórico de Cambio” o “Modelo de etapas de cambio de Prochaska y Di Clemente” (1982) en él se investiga cómo, porque y el proceso a través del cual las personas cambian.

Las etapas son:

Precontemplacion: en esta primera, la persona aún no ha tomado conciencia de que tiene un problema, o lo minimiza. “*Una persona que se sitúa en la etapa de precontemplación necesita información y retroalimentación, a fin que pueda aumentar su conciencia del problema y la posibilidad de cambiar*” (diap.13)

Contemplación: en ésta etapa comienza a considerar el problema, pero aún no se compromete, oscila entre la posibilidad del cambio y el rechazo al mismo. Tiene dudas y permanece mucho tiempo intentando definirse, y su propuesta es a largo plazo. “*La tarea del terapeuta en esta etapa consiste en que la balanza se decante a favor del cambio.*” (diap.15)

Determinación: ya hay una decisión y se presenta motivada para el cambio pero no sabe cómo llevarlo a cabo, inician pequeñas acciones una y otra vez. “*La tarea del terapeuta cuando un paciente está en la etapa de determinación no es la de motivarle sino de aconsejarle el recurso terapéutico más adecuado, accesible, apropiado y efectivo.*” (diap.17)

Acción: comienza a llevar adelante acciones, modifica sus conductas, y se compromete con el cambio, es cuando usualmente comienza la terapia. “*El objetivo durante esta etapa es el de producir un cambio en el problema que se desea resolver*” (diap.19)

Mantenimiento: las acciones están orientadas a prevenir recaídas. *“Mantener un cambio puede requerir un grupo diferente de habilidades y estrategias de las que fueron necesarias para conseguir el cambio inicial.”* (diap.21)

De tener una recaída, nuevamente retomar el proceso por lo que es necesario volver a motivar al usuario, para volver a la acción.

Prevención de Recaídas: es otro de los Componentes citado en el “Manual del Terapeuta del Programa de Satisfactores Cotidianos” y señala que *“El terapeuta propiciará que el usuario tenga planes de acción en los que incluya conductas eficientes para evitar recaídas ante sus principales situaciones de riesgo”* (p.168).

Esto tiene que ver con ofrecerle una serie de recursos, que le permitan de manera eficiente afrontar situaciones asociadas al consumo, como pueden ser identificar los precipitadores internos: pensamientos, emociones, sensaciones o externos: presión social, lugares y momentos.

De esta manera se señala la importancia, que tiene la tarea de llevar un **registro** por parte del usuario, que a su vez le permitirá realizar un **análisis funcional** del consumo: **antecedentes** (precipitadores internos y externos), la **conducta** llevada a cabo al momento del mismo (tiempo, cantidad y tipo de droga consumida) y por último las **consecuencias** a corto (placenteras) y largo plazo (negativas).

La tarea del Terapeuta será brindar una retroalimentación, proporcionándole elementos que le permitan anticiparse a las situaciones de riesgo y la importancia que tiene mantenerse en la abstinencia.

La **atención psicoterapéutica** en el ámbito de la Comunidad Terapéutica se ofrece de forma individual o grupal, es así como se abordan aspectos intra e intersubjetivos; y es el grupo que conforma el dispositivo primordial que permite esta tarea por lo que dicen la Lic. Laura Bleger y el Dr. Néstor Pasik (1997) *“Una cierta cantidad de personas reunidas en un lugar y tiempo determinados no necesariamente constituyen un grupo. Es necesario que se defina un objetivo común para que de la serialidad se pueda pasar a un grupo.”* (p.11)

Por lo anterior la tarea del equipo técnico - profesional consiste en reforzar continuamente los lazos, el involucramiento y permanencia en el mismo a través de los procesos que transite;

teniendo en cuenta la dinámica compleja que lo caracteriza, habilitar que los integrantes- usuarios del grupo de la Comunidad Terapéutica quienes se muestran aislados y a-dictos, logren resignificar el encuentro con el otro.

Dice la Lic. Gabriela Bazzano (2009) en relación al adicto:

Si nos adentramos en la naturaleza constitutiva de este tipo de forma de estar (ser adicto), podemos observar que, dentro de su sistema, la cualidad de no decir es más fuerte, en tanto es también cualidad del sistema. Hay una estructura que sostiene la adicción-que no es en sí misma una estructura – sino que, se sostiene en determinadas estructuras: individuales y familiares. (p.19)

Por lo que las reuniones del grupo, familiares y multifamiliares son herramientas utilizadas en la Comunidad Terapéutica, las últimas incluyen a la familia ya que promover el dialogo posibilita la comunicación entre sus miembros. Compartir el Tratamiento permite a sus integrantes contar con estrategias para afrontar la problemática y mejorar la convivencia, además de evaluar si éstos actúan como reforzadores o no de la conducta adictiva.

El Lic. Gabriel Eira (2008) dice al respecto:

(...) El sujeto no es más que un punto de emergencia de algo que pasa en una situación grupal..., entonces no es que aparezca el demonio y la Pasta Base se apodera de un pobre muchachito y la familia pobre... que sufre... no!... en este muchacho está depositado todo. Ese muchacho tampoco es el más fuerte, pero carga con lo que todos los demás no pueden cargar, entonces la intervención tiene que ser necesariamente con la familia, entonces se da que cuando uno trabaja y la mamá lo trae de la oreja, y muchas veces es la mamá la que lo boicotea porque cuando empieza a salirse del consumo y a desdibujarse el asunto del síntoma que es por lo que supuestamente se los trae... esto desaparece bajo una cortina de humo, entonces empiezan a aparecer los problemas familiares que son de todo el grupo que la situación conflictiva estaba tapando como si fuera una cortina de humo, por eso la función que cumple el síntoma, tapar un problema . Por eso, toda intervención si no se puede intervenir en la red que sostiene al usuario,... es inútil... (...)
(p.6)

Considerando que la familia es un sistema y el adicto un emergente, la colaboración del resto de los miembros de la familia y el trabajo con ellos, facilita el proceso terapéutico y lo enriquece, además de posibilitar la intervención en aquellos integrantes que también se encuentran afectados.

Por su lado ahondando en las relaciones dentro del grupo familiar, la Lic. Andrea Agrelo (2011) señala que:

Cada uno de los roles que allí se despliegan se definen en función de los otros roles. Y no solamente se define su función, sino también el modo de llevarlo a cabo. Es decir para que haya un hijo desobediente, tiene que haber un padre que da una orden y no es escuchado. Aquí se definen mutuamente los roles de padre e hijo y de desobediente y desobedecido o ignorado. (p.1)

Pero además de estas relaciones que definen a sus integrantes en el interior del sistema, la familia tiene una función de agente socializador afirma *“La persona es el producto de la interacción entre la familia y su cultura.”* (p.1)

La velocidad de los cambios, la informatización de la cultura, fueron generando transformaciones en los vínculos, en los mandatos familiares que se alejaron de los culturales; estas pautas familiares que daban marco se fueron desdibujando y así aparecieron dice *“... esos otros significativos ya no son – al menos con exclusividad – la familia, el vecino o el compañero de trabajo. El límite entre lo familiar y lo desconocido se hace cada vez más difuso.”* (p.3)

Las relaciones son de paso, ya no son profundas ni íntimas, sino a través de las tecnologías de la comunicación y el consumo como elemento de pertenencia. Es por esto que afirma:

Entonces, respecto al consumo problemático de sustancias, **hace unas décadas atrás, las familias que consultaban eran en un alto porcentaje, familias disfuncionales.** Entendiéndolas como sistemas que no cuentan con los recursos necesarios para promover el desarrollo saludable de sus miembros.

A raíz de los cambios de los que hemos hablado, hoy la familia que consulta por problemas con el consumo, son tanto funcionales como disfuncionales. Y el abordaje debe diferenciar entre uno y otro. (p.3)

Por lo anterior se plantea abordajes diferentes, ya que si bien la familia funcional está dispuesta a resolver rápidamente, acude y colabora con los profesionales, están dispuestos a aprender sobre la problemática y buscar soluciones; la disfuncional sin embargo dice:

(...) aprende a vivir con el problema y se estructura y define en torno a él. Al negar o proyectar a otros la responsabilidad de su problema, no registra la necesidad de consultar. Sí de cambiar pero sus miembros perciben que no depende de ellos. Por eso la consulta es tardía... (...)
(p.4)

Los dispositivos de intervención entonces, tienen que apuntar a la disminución de riesgos, orientación legal, social, educativa, y profesional, atendiendo a la vulnerabilidad del sistema en sus diferentes grados y en correspondencia a la singularidad de la problemática.

Acompañante Terapéutico /Cuál es su función dentro y fuera de la CT

Todo el plan de trabajo de la Comunidad Terapéutica para y con los usuarios, se realiza por el equipo técnico – profesional a través de una agenda de actividades, especialmente diseñada para los re-aprendizajes de los residentes. Se propone generar en estos un sentido de pertenencia y colaboración, la participación en actividades grupales, cumplir con los horarios establecidos, responsabilizarse por tareas cotidianas del centro además de las de higiene personal, cocina, mantenimiento de las instalaciones, etc. tienen este cometido.

Es de esta forma que van asumiendo responsabilidades gradualmente y nuevos hábitos, con los que no contaban, estos aprendizajes tienen por lo tanto un fin terapéutico y educativo, que les permitirán la reinserción social.

Dice en relación a la **Reinserción Social** y se pregunta el Dr. Lino Díaz-Barriga Salgado (2014) *“Que quiere decir? ¿Se trata de volver a insertar un sujeto o un grupo social? Si así fuese, primero tuvo que haber quedado suelto, sin el soporte correspondiente y en consecuencia, a este acto de desprendimiento, se le denomina exclusión social.”* (Sección Adicciones y Reinserción Social, párr. 3)

Trayendo al frente otra dimensión de esta problemática, en la cual inciden aspectos económicos, vinculares, de derechos civiles, y continúa *“La exclusión social se define generalmente como un conjunto de mecanismos de ruptura tanto en el plano simbólico*

(estigma social y atributos negativos), como en el plano de disolución de diferentes vínculos sociales.” (párr. 7)

Pero ¿qué ocurre con aquellos que son excluidos y se auto-excluyen? Como volver a incluirlos y que logren incluirse? Es aquí donde surge el sentido de la Rehabilitación y dice Joaquín Rodríguez Nebot (2009) *“Habilitar quiere decir empoderar, gestionar, hacer-saber. (...) acompañar y producir espacios de habilitación a aquellos que lo han perdido y-o mutilado, por las circunstancias vitales.” (p.10)*

En este proceso la Lic. Gabriela Bazzano (2009) menciona a uno de los esenciales actores en el equipo de la Comunidad Terapéutica y fuera de ella, para lograrlo y resalta su función e importancia diciendo: *“Hablemos del Rol: Acompañante Terapéutico se relaciona con nociones tales como: puente, alternativa, contención, facilitador de red, nómada, sombra, luz, traductor, mediador, cercanía, límite, parejo, diferente (...) es un bisagra un “como sí” que habilita al Ser.”(p.35)*

Especifica que el AT, no es alguien improvisado sino que tiene una acabada formación, que le permite cumplir con su rol. Destaca varias habilidades que este debe tener y desarrollar y la capacidad de generar un buen vínculo con el usuario y el resto del equipo; así como una postura ética fundamental; tener una actitud atenta a las necesidades de ambos, y estar presente allí donde sea requerida su intervención.

Por lo que el Acompañante Terapéutico, se percibe como un tejedor de hilos que contribuye a recomponer la red del entramado social que se ha roto; interpretar a ese otro del cual se ha convertido en sombra, y en su carácter de mediador acercarlo a aquellos ámbitos y seres de los que se ha visto excluido.

Trabaja en relación estrecha con el resto de los profesionales intercambiando de forma continua información, que permite evaluar los procesos de cambio del usuario; permaneciendo con él sin invadirlo, habilitándolo, y alerta a posibles manipulaciones.

Dentro de la Comunidad Terapéutica el Acompañante Terapéutico trabaja activamente, promoviendo nuevos vínculos entre los usuarios, brindándoles asistencia, buscando generar empatía con éstos, motivándolos a comprometerse al cambio y participando en cada etapa del proceso.

La Lic. Gabriela Bazzano (2009) dice:

El Acompañante dentro del equipo de rehabilitación es un agente facilitador. Lo que ha aprehendido como “ciencia” debe manifestarse en su labor como “arte”, arte de dirigir, de abrir un espacio para que el paciente se manifieste, se muestre, despliegue lo que está siendo. Así podrá señalarle movimientos, posibilidades, esa será su “táctica”. (p.37)

La Comunidad Terapéutica aparece como espacio facilitador para el despliegue de éstas prácticas; ámbito contenedor y promotor de la recuperación de habilidades inexistentes o perdidas y de nuevos aprendizajes. Pero que ocurre cuando estos “excluidos” que menciona el Dr. Lino Díaz-Barriga Salgado egresan?

Es en este momento cuando cobra singular importancia la figura del Acompañante Terapéutico, ya que aparece otra vez como el “puente” – que señalaba Gabriela Bazzano- en este caso con el afuera del espacio seguro de la Comunidad Terapéutica.

Cuando como exilados se auto – excluyeron de sus familias y del contexto, perdiendo y dejando atrás el territorio de lo conocido, fueron recibidos en uno diferente, con otras normas, otras prácticas, otras historias, ahora retornan transcurrido el tiempo con otras experiencias y nuevos aprendizajes.

El trabajo del Acompañante Terapéutico ahora como un *guía* es ayudarlo a transitar por estos espacios, le advertirá de “zonas rojas”, le indicará caminos nuevos, y le acompañara en la experiencia, evaluando, facilitando y habilitándole. Así será “*compañía sin ser amigo*” en todos los ámbitos como el familiar dice Gabriela Bazzano (2009) “*El A.T. se incluye como nadie en el seno de la familia del paciente. Es nómada como dije al comienzo delineando sus características. Tiene ese privilegio y esa dificultad, de estar dentro de la vida cotidiana de una familia.*” (p.38)

Pero deberá como señala después estar capacitado “(...) *para no volverse un elemento persecutorio, que de por sí, y al comienzo lo será y tiene que manejarse con eso sin involucrarse en ese sentimiento que le es colocado por su rol.*” (p.38)

Utilizando todas sus estrategias de trabajo funcionara como “modelo y no molde” y de cierta forma al menos momentánea se convierte en parte en ese “Otro significativo” que señala la Dra. Lydia Barragán, permitiendo la “apertura” a estos nuevos vínculos y experiencias.

Abordaje desde el Socioanálisis

Así como el Psicoanálisis se hunde y bucea en las profundidades del psiquismo, el Socioanálisis emerge de ellas y se adentra ahondando en el entramado social, en las intra e intersubjetividades, las prácticas, y las conductas.

Cuando surge el primero, lo hace en un contexto histórico donde el uso de sustancias como la Cocaína y Morfina no era considerado un problema, por el contrario se las indicaba y usaba para dolencias tanto físicas o mentales; de hecho el mismo S.Freud era uno de sus consumidores. Cuando posteriormente llevado por experiencias negativas se replantea esta practica en referencia al elemento o patron adictivo de la misma y considera tratamientos, lo hace desde el paradigma médico, en correspondencia a su formación.

Por lo tanto a traves del dispositivo clinico del saber medico “artefacto” que “...*construido por el hombre según un arte y a su vez da cuenta de una acción.*” (p.177) trasmite su saber, clasificando, ordenando patologias, al amparo de la clinica sedentaria, señalaba J. Rodríguez Nebot (1998).

Un dispositivo que guarda una desigual relacion de un “sujeto” que sabe y uno que se mantiene en la calidad de “objeto”, pasible de ser catalogado “enfermo”.

Por eso afirma J. R Nebot (2004) “*Las clínicas sedentarias en realidad basan su potenciación en esta suerte de naturalización de la esterotipia y la repetición, con lo cual el análisis es un imposible.*”(p.19)

Plantea un necesario cuestionamiento etico de los saberes y las practicas, no con la idea de derribarlos, sino con el animo de superarlos, porque se pregunta:

(...) ¿esto es, qué pasa con estas transformaciones, con estas subjetividades que adquieren velocidades tales que en definitiva cuando uno intenta a traves de la psicoterapia hacer reflexionar al individuo sufriente, este no realiza ninguna operación de reflexión, sino que por el

contrario acciona y acciona? Este accionar de los sujetos lleva a interrogarnos sobre las modalidades sociales de vinculación que han puesto el acento en la acción por si misma. (p.20)

Es por ello que se presenta en desacuerdo con el Psicoanálisis y otras corrientes que apuntan a un trabajo individual permitido solo para algunos pocos, permaneciendo en la calificación de patologías, donde *“El goce queda entonces en acto singular y extravagante de los sujetos”* (Año 2009.p. 242) y agrega:

El problema es la jerga medicalizada de dicha concepción. Se pierde de vista la implicación de lo social y los efectos de las transversalizaciones de los dispositivos. El encare del socioanálisis consiste en que no hay sujetos, lo que hay son subjetividades en juego y el abordaje es desde la concepción de conjunto y de conexión. (p.242)

Por lo que el Socioanálisis se apropia de los pedidos y las demandas de la sociedad actual, de los padecientes, de los sujetos, de las familias, de los grupos.

Joaquin Rodriguez Nebot (2004) ya señalaba:

El Socioanálisis se define a sí mismo con un conjunto de prácticas y de usos de técnicas que tienen como objetivo el analizar el socius: esto es, acompañar y/o generar dispositivos de reflexión e inaugurar los espacios analíticos que interrogan a los implicados, lo que han construido y en lo que han devenido en el hacer de las cosas. (p.10)

De acuerdo a esto, presta atención a las pautas de consumo y el reforzamiento de estas conductas desde lo mediatizado de la sociedad y señala: *“Este modelo de consumo que se ha impuesto sobre el planeta cambia los dispositivos de consecución de los placeres”* (Año 2009. p.242) Reflexionando sobre lo anterior observa el control y disciplinamiento del pasado y el presente dice:

“Ahora las cosas son un poco diferentes, a través del disciplinamiento logrado con décadas y siglos de por medio, llegamos al control de qué es lo que hay que consumir y como hay que gastar el placer. En la descarga de placer queda enmascarado en una creciente alienación el deseo; enajenado y por lo tanto constituyéndose en una falta permanente (...) (p.242)

Aclara luego el objetivo del terapeuta y dice: “*Es por eso que intentamos caracterizar el proceso como el desenmascaramiento del deseo enajenado y conectarlo con el goce de las singularizaciones para provocar una mutación, un acontecimiento que es el devenir de un DESEO-PRODUCCIÓN.*” (p.242)

Ese deseo enajenado que más allá del tipo de falla en la estructuración psíquica, en la dificultad de la instauración del pensamiento simbólico, ha sido el resultado de esta forma patológica de relación con los objetos: trabajo, sustancias, relaciones, etc.

El trabajo del Socioanálisis es entonces a través de la investigación, de diferentes encuadres, de las redes, de lo multidisciplinario, de la multi-terapia, de “*muchas clínicas*”, no nómada, de la móvil, porque dice Joaquín Rodríguez Nebot (2004):

(...) nómada es aquel que menos se mueve, es cierto, es aquel que menos dinámica social provoca.(...) Es por eso que pretendemos hablar mejor de lo que es una clínica móvil, transhumante y en tránsito.(...) una clínica en vías de desarrollo, en vías de posible inscripción en la medida que se adosa a problemáticas subjetivas y va pudiendo desarrollar micro espacios en las estructuras mentales que permitan el desarrollo de una reflexión o el desarrollo posible de una potenciación del devenir. (p.36)

Reflexión

A través de estas líneas reflexivas, enfatizo el carácter histórico, diacrónico y procesual, que dieron como resultado la presente producción, bajo una perspectiva en y desde el crecimiento, tanto a nivel académico por el pasaje de facultad de psicología, como en la elaboración misma de este Trabajo Final de Grado: “*Las drogas de hoy y de siempre... , una mirada desde el Socioanálisis. Dispositivo de la Clínica Móvil y la Comunidad Terapéutica. El Imaginario Social. La Prohibición*”

Al ingresar a esta institución formativa, surgió el interés por dicha temática; lo que desplegó la participación en diversos cursos, charlas en búsqueda de una mayor comprensión a lo largo de este trayecto.

Al momento de plantearme la elaboración del Trabajo, no dudé en elegirla para cumplir con el objetivo de abordarla con la profundidad que ella exige; transcurriendo por las distintas etapas propias de la adicción.

Al comienzo, fui adentrándome en la temática dejándome seducir, al grado que la búsqueda fue aumentando. La manipulación que ella tuvo sobre mí fue tanta que durante una etapa la atracción llevó a que estuviera “aislada”, “encerrada”, en que la mayor parte de mi tiempo giró exclusivamente a esta.

La incorporación de un tercero, que no era el trabajo, no era yo, sino un otro habilitador fue la clave para conseguir un desprendimiento, una distancia de la temática, arribándome a un nuevo espacio: espacio creativo.

Por consiguiente, esta producción no es la experiencia, no soy yo en la experiencia, sino intenta ser la decodificación de un “entre”: habilitador de movimientos.

Paralelismo que puedo establecer entre:

- Estudiante – egresada
- Esta producción y tú mirada...
- Mirada necesaria – lo primario...
- Y un tercero que interrumpa la dinámica...

Yo Ana soy adicta:

Confieso que me he “enganchado”, “me metí en la droga”, he consumido hasta el vómito ríos de letra muerta, y solo unos pocos tragos de letra-palabra viva...

La primera como cascara vacía, es ofrecida en abundancia, sé de los (vendedores) que la ofrecen en cada esquina; las “bocas” todos sabemos dónde están en ocasiones “diarios, tele, publicidad”, tampoco escapan algunos “popes” que la trafican (se esconden) bajo la fachada de impecables “doctores”, a ellos les conviene que consumamos se aseguran su supervivencia.

Me perdí y también aprendí a observar para reencontrar el camino...

Como ellos “los adictos” me aparte de los míos, de lo cotidiano, me adentré en un “submundo”? que está dentro nuestro y entre nosotros. Quise saber dónde encontrarla... y la encontré en las

ferias, en las esquinas, en el barrio, en los championes colgados, anda escondida en los bolsillos, en las valijas, en los cuerpos... y también “cae del cielo”... cruza fronteras...

La vemos en la “transa” rápida en las plazas, y en las bandejas de los boliches...

Muchas interrogantes surgieron, **cuáles?**, ...**donde?**, ...**cuánto?**, ...**quienes?**, quise saber qué se “sentía”, pero tienen “pegues” diferentes, “...la “dulce” te pone allá arriba, a veces con la barra le damos para soportar “la guardia”, otras “... nos juntamos y le damos a unos “porros” y unas buenas “birras” y nos divertimos un rato...“bazuco” no, porque te hace mierda!”

Pero de todas ellas **¿por qué?** ... quizás es la más importante, y su respuesta la más esquiva... ¿qué es lo que el a-dicto calla?... ¿por qué no puede decir? ... ¿por qué queda atrapado en esa noria infinita?...entonces me encontré con las palabras de Cristina X...

“... Yo no sé... Ayer estuve mirando una vela como se consumía y pensé... Mirando eso me pareció que había visto un montón de cosas...”

Yo en esos momentos me sentí la vela. Estuve horas mirando y no se apagaba.

Primero pensé...¡Que no se me acabe el sebo! ¡ Que no se me acabe la mecha!... Y no es así: no se acaba el sebo ni la mecha, sino el fuego.

Luego me fuí dando cuenta que el sebo es lo que está por fuera, como una máscara blanca que uno se deja poner... Para mí el sebo son todas las mentiras que uno se hace y que le hacen los demás para protegerse. Por eso lo pintan de blanco:... ¡Para que parezca de verdad!... Ahí me entró la duda, ¡Que no se me termine el sebo, o la mecha!... Pero no es así... ¡nada que ver! No era eso... ¡Era el fuego!

Yo estaba ahí y me comparé con los demás siendo todos velas. Yo pensaba que quería ser una vela pero sin sebo...pero me iba a morir...No se puede.

...Para mí los niños nunca mienten, después, cuando se dan cuenta que son ellos, empiezan a caminar y ahí conocen a la mentira y se hace parte de ellos...” (M. Silva. 1995, p.97)

Es así como esta elección responde a un silencio reflexivo y habilitador de encuentro entre una realidad bidimensional simple y “adicta” a una más rica y compleja. En el que también acontece el proceso formativo; y esta producción es el fruto del pasaje de la sombra a la luz de lo a-dicto a lo dicto... de la máscara fundida en el fuego...

Un espacio que permitió abrir nuevos horizontes en el proceso de aprendizaje y de crecimiento entre lo personal y lo profesional. Una producción creativa entre la experiencia vivida y el pensar reflexivo; Entre ser estudiante de psicología de la UdelaR y Licenciada en Psicología.

Referencia Bibliografía

- Bazzano, G. (2009). *Acompañamiento Terapéutico y Rehabilitación*. Montevideo: Psicolibros.
- Da Silva, F. & Esmoris, V. (1995). *“Estudio del consumo de marihuana por menores que son atendidos en un Servicio de farmacodependencia de la ciudad de Montevideo-Uruguay”*. En: Fernández, J. & Eira, G. *Las drogas en el Uruguay*. (pp.98-116). Montevideo: Arca
- Escohotado, A. (2011). *Historia elemental de las drogas*. Barcelona: Anagrama
- Fernández Romar, J. y Eira, G., Comp. (1995). *Las drogas en el Uruguay*. Montevideo: Arca
- Fernández Romar, J. (2000). *Los fármacos malditos: El holograma de las drogas y otros ensayos*. Montevideo: Nordan-Comunidad
- Garat, G. (2013). *Marihuana y otras yerbas: Prohibición, regulación y uso de drogas en Uruguay*. Montevideo: Sudamericana Uruguay S.A.

- Irrazabal, L., Isasti, I., Martínez, A., Peña, L. y Tabeira, K. (2008) *El quehacer del Psicólogo en el abordaje al familiar del adicto a Pasta Base*. Universidad de la República. Facultad de Psicología. En: Prof. Lic. Marta Calabuig. Taller Primer Ciclo Grupo N° 1602. Montevideo –Uruguay.
- Kuhn, C., Swartzwelder, S., Wilson, W. (2012). *Colocados: Lo que hay que saber sobre las drogas más consumidas, desde el alcohol hasta el éxtasis*. Barcelona: Liberdúplex.
- La Santa Biblia. Antiguo y Nuevo Testamento (1960). *Libro Primero de Moisés. Génesis Cap. 1*. Montevideo: Sociedades Bíblicas en América Latina
- Magri, R. & Miguez, H. (1993). "Vulnerabilidad y uso indebido de drogas". En: Fernández, J. & Eira, G. Las drogas en el Uruguay. (pp.32-37). Montevideo: Arca
- Rodríguez Nebot, J. (1994). *Multiplicidad y Subjetividad*. Montevideo: Nordan
- Rodríguez Nebot, J. (1998). *En la frontera: Trabajos de Psicoanálisis y Socioanálisis*. Montevideo: Multiplicidades
- Rodríguez Nebot, J. (2004). *Clínica Móvil: el Socioanálisis y la red*. Montevideo: Psicolibros
- Rodríguez Nebot, J. y Portillo, J., Comp. (2006) *Las otras medicinas*. Montevideo: Instituto Goethe
- Rodríguez Nebot, J. (2009). *Técnicas psicoterapéuticas: Abordajes polisémicos*. Montevideo: Psicolibros Universitario – Conytrium
- Rodríguez Nebot, J. (2009). *Prólogo*. En: Bazzano, G. Acompañamiento Terapéutico y Rehabilitación. (pp. 9-11). Montevideo: Psicolibros.
- Silva Cancela, M. (1995). "Una aproximación psicosocial a la problemática del consumo de drogas." En: Fernández, J. & Eira, G. Las drogas en el Uruguay. (pp.91- 97)

Fuentes documentales:

- Agrelo, A. (2011) Adicciones: crónicas familiares que las configuran. Recuperado de URL <http://es.slideshare.net/andreagrelo/adicciones-crnicas-familiares>
- Agrelo, A. (2011) *El tratamiento en las Comunidades Terapéuticas*. Recuperado de URL <http://es.slideshare.net/andreagrelo/el-tratamiento-en-las-comunidades-teraputicas>

- Bascarán, M^a., Bobes, J., Bousoño, M., García, M^a ; Sáiz, P. y Treviño, L. (2004) *La nicotina como droga*. Monografía Tabaco. Adicciones. Vol.16, suplemento 2.
Recuperado de URL
http://www.psiquiatria.com.es/socidrogalcohol/monografia_tabaco.pdf
- Barragán, L., Morales, S., González, J., Flores, M. y Martínez, M. (s.f.) *Programa de Satisfactores Cotidianos para Usuarios con Dependencia a Sustancias Adictivas: Manual del Terapeuta*. Universidad Autónoma de México. Facultad de Psicología. Centro Acasulco. Material aportado por la Sra. Lic. Lydia Barragán Torres
lbarragantorres@gmail.com
- Barriga, L. Belló, M., Delgado, R., Macchetto, T., Martinelli, M., Pérez, R. y Prado, J. (2014) *Adicciones, Farmacodependencia y Drogadicción. Guía Técnica para el empleo de Medicamentos de Sustitución para el Tratamiento de la Dependencia a Opiáceos*. Recuperado de URL http://drogadiccion.infored.mx/frameset.php?url=/437781_Opiaceos-Guia-Tecnica-Para-el-Tratamiento-de-Sustitucion-II.html
- Barriga, L. (2014) *Adicciones, Farmacodependencia y Drogadicción. Adicciones y Reinserción Social. Una Política Pública Pendiente*. Recuperado de URL
http://drogadiccion.infored.mx/frameset.php?url=/339243_Opiaceos--Guia-Tecnica-del-Tratamiento-de-Sustitucion-I.html
- Bazzano, M^a G. Rodríguez Nebot, J. Rodríguez, M. y Varela, A. (2013). SEAMOS, Asociación Uruguaya de Rehabilitación y Recursos Laborales. Recuperado de URL
<http://www.seamos.org/es/Pages/PsicoAsesoramiento>
- Bermejo, P., Casete, L., Fernández, J., Gradolí, V., Pedrero, E. y Secades, R., (2008) *Fundamentos psicológicos del tratamiento de los trastornos por abuso de sustancias*. Guía Clínica de Intervención Psicológica en Adicciones. En: Becoña, E. y Cortés, M. Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías. (SOCIODROGALCOHOL). Recuperado de URL
<http://www.socidrogalcohol.org/manuales-y-gu%C3%ADas-cl%C3%ADnicas-de-socidrogalcohol.html>

- Bleger, L. & Pasik, N. (1997) *Psicoanálisis Grupal. Cuando, Como, Por qué*.
Recuperado de URL <http://es.scribd.com/doc/200607254/Psicoanalisis-grupal-1>
- Castaño, E. y Bernal, M^a. (2006). *Droga drogue (Narcótico)*. Recuperado de URL
http://200.21.104.25/culturaydroga/downloads/culturaydroga11%2813%29_14.pdf
- Centro Aconcagua. (s.f.) *Rehabilitación de adicciones*. Recuperado de URL
<http://www.centroaconcagua.com/tratamiento>
- Centro de Iniciativas de Cooperación al Desarrollo CICODE (2014): “*Drogas*”. Programa de Prevención de las Drogodependencias. Universidad de Granada. Recuperado de URL <http://cicode.ugr.es/drogodependencia/pages/legislacion/drogas>
- Centro Izcali. (s.f.). *Tratamiento y Rehabilitación del Uso Problemático de Drogas*.
Recuperado de URL <http://www.izcali.com.uy/>
- Comas, D. (2010) Cap. 1. *La Comunidad Terapéutica: Una Perspectiva Metodológica*.
La Metodología de la Comunidad Terapéutica. Recuperado de URL
<http://fundacionatenea.org/http://fundacionatenea.org/wp-content/uploads/2011/03/LA-METODOLOGIA-DE-LA-COMUNIDAD-TERAPEUTICA.pdf>
- Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) (s.f.) *La terapia de sustitución para la adicción a los opioides*. Recuperado de URL
http://www.google.com.uy/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CBsQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.cicad.oas.org%2FReduccion_Demanda%2Fesp%2Fdocumentos%2Fgrupoexpertos%2FIVReunion%2FPres%2520Paper%2520Verster-esp.doc&ei=6TZSVJTILJblsATTw4HoAg&usg=AFQjCNHyFStIKQsCLHPc-UbfJYnHkJziHg
- Del Castillo, R., Dogmanas, D. y Villar, M. (2011). *Hacia una Rehabilitación Psicosocial Integral en el Uruguay*. Recuperado de URL <http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0CCsQFjAC&url=http%3A%2F%2Frevista.psico.edu.uy%2Findex.php%2Frevpsicologia%2Farticle%2Fdownload%2F102%2F36&ei=IIAcVJqmPI7IsATkyIKYBA&usg=AFQjCNF4lj5uD2xy9KfXh2wD7YqqxfVxCA&bvm=bv.75774317,d.cWc&cad=rja>

- Diccionario de la Real Academia Española (2014). *Definición de droga*. Recuperado de URL <http://lema.rae.es/drae/>
- *Drogas legales e ilegales*. Uruguay Educa. Portal educativo de Uruguay. Administración Nacional de Educación Pública. (2014) *Educación Chile. El portal de la educación* (2003) Recuperado de URL <http://www.uruguayeduca.edu.uy/Portal.Base/Web/verContenido.aspx?ID=105856>
<http://www.uruguayeduca.edu.uy/Userfiles/P0001/File/ppt%20dragas%20legales%20e%20ilegales.ppt>
- Federación Uruguaya de Comunidades Terapéuticas. (FUCOT). (s.f.) Recuperado de URL <http://fucot.blogspot.com/p/fucot.html>
- Florez, G., Saíz, J. y Cuello, L. (2010) *Manual de adicciones para médicos especialistas en formación*. Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías. (SOCIODROGALCOHOL) Recuperado de URL <http://www.socidrogalcohol.org/manuales-y-gu%C3%ADas-cl%C3%ADnicas-de-socidrogalcohol.html>
- García Galarza, B. (2010) *El Modelo Minnesota. Un método de tratamiento para las adicciones*. (Tesis) Universidad de Deusto. Recuperado de URL <http://www.actiweb.es/funproluz/archivo1.pdf>
- Gobierno de Chile, Ministerio del Interior. Subsecretaría del Interior. CONACE. (2008) *Glosario de Drogas*. Recuperado de URL <http://bibliodrogas.cl/bibliodrogas/documentos/glosario%20version%20final.pdf>
- Gorski, T. & Miller, M. (1995) *Enfoques y Modalidades en Psicoterapia*. Recuperado de URL <http://es.slideshare.net/mich55/enfoques-y-modalidades-en-psicoterapia>
- Guardia, J. & Pascual, F. (2012) Cap. 6. *Trastornos mentales y del comportamiento asociados al consumo excesivo de alcohol*. Monografía sobre el Alcoholismo. Recuperado de URL www.socidrogalcohol.org/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=113&Itemid=4
- Gurrea, A. & Pinet, M^a. (2004) *Tabaco y Patología Afectiva*. Monografía Tabaco. Adicciones. Vol.16, suplemento 2. Recuperado de URL http://www.psiquiatria.com.es/socidrogalcohol/monografia_tabaco.pdf

- Junta Nacional de Drogas. Presidencia de la República Oriental del Uruguay (2011). *DROGAS: más información menos riesgos. Problema Drogas: Compromiso de Todos*. 10ma Edición. Recuperado de URL http://escpromotorasdesalud.weebly.com/uploads/1/3/9/4/13940309/20120316_guia_drogas_10a_edicion_set2011.pdf
- Junta Nacional de Drogas (JND) Presidencia de la República. Observatorio Uruguayo de Drogas. (2012) *Quinta Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas*. Recuperado de URL http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/v_enc_hogares_2011.pdf
- Kornblit, A., Camarotti, A. y Di Leo, P. (2011). *Prevención del consumo problemático de drogas. Material de estudio. Módulo 1. La construcción social de la problemática de las drogas*. Recuperado de URL <https://infanciayjuventudsc.files.wordpress.com/2011/05/1-construccion-social-de-la-problematica-de-las-drogas2.pdf>
- Leyes de Manu. Manava-Drama-Shastra. (s.f.) Recuperado de URL <http://www.shri-yoga-devi.org/textos/Leyes-de-Manu.pdf>
- MedlinePlus. Información de salud para usted. (2013) *La nicotina y el tabaco*. Recuperado de URL <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000953.htm>
- Morales Chainé, S. (s.f.) *Modelo Transteórico de Cambio*. En: Consejo breve. Centro de Prevención en Adicciones “Dr. Héctor Ayala Velázquez”. Universidad Autónoma de México. Facultad de Psicología. Material aportado por la Sra. Lic. Silvia Morales Chainé smchaine@gmail.com
- Naciones Unidas .CEPAL. (2000). *Producción tráfico y consumo de drogas en América Latina*. Recuperado de URL <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/1/5621/lcl1431e.pdf>
- Organización de los Estados Americanos (OEA). (2013) *El Problema de las Drogas en las Américas*. Recuperado de URL http://www.oas.org/documents/spa/press/Introduccion_e_Informe_Analitico.pdf
- Organización de los Estados Americanos (OEA). (2013) *Escenarios Para el Problema de Drogas en las Américas 2013 – 2025*. Recuperado de URL http://www.oas.org/documents/spa/press/Informe_de_Escenarios.pdf

- Organización Mundial de la Salud (2014). Recuperado de URL <http://www.who.int/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (OMS) (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Gobierno de España. Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperado de URL http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf
- Pérez del Río, F. (2011) *Estudios sobre Adicciones. Perfiles de Drogodependientes y Eficacia del Tratamiento en Proyecto Hombre Burgos*. Recuperado de URL <http://proyectohombreburgos.es/pdf/2011%20Libro%20Estudios%20sobre%20adicciones.pdf>
- Poder Legislativo. (2013). Senado y Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay. Ley N° 19.172. Recuperado de URL http://archivo.presidencia.gub.uy/sci/leyes/2013/12/cons_min_803.pdf
- Poder Legislativo. (1992). República Oriental del Uruguay. Convenio N° 16446. *Convenio de Asistencia Jurídica en Materia de Tráfico de Drogas entre la República Oriental del Uruguay y El Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte*. Recuperado de URL <http://www.parlamento.gub.uy/htmlstat/pl/convenios/conv16446.htm>
- Presidencia República Oriental del Uruguay. Noticias. (2013). *Nuevo Centro de Escucha del PIT-CNT es un espacio más de contención, sostuvo Julio Calzada*. Recuperado de URL <http://www.presidencia.gub.uy/comunicacion/comunicacionnoticias/nuevo-centro-escucha-as-pit-cnt>
- Ramos, J. & Fernández, J. (2000) *Cannabinoides: propiedades químicas y aspectos metabólicos*. Monografía Cannabis. Adicciones. Vol. 12, suplemento 2. Recuperado de URL <http://www.juanalbertoyaria.com.ar/Bibliografia/monografia%20cannabis.pdf>
- Real Academia Española. (2014). *Definición de Droga*. Recuperado de URL <http://buscon.rae.es/drae/srv/search?id=pkCV1SIQ2DXX2QVJQp1o>
- Real Academia Española. (2014). *Definición de Tráfico*. Recuperado de URL <http://lema.rae.es/drae/srv/search?id=AcSQcimuLDXX2fThThdo>
- Rodríguez, N. (2007) *Abordaje Psicoterapéutico de las Adicciones*. Recuperado de URL <http://www.fupsi.org/VIIcongreso/ABORDAJE%20%20PSICOTERAPE%20DATICO%20DE%20LAS%20ADICCIONES.pdf>

- SENDA. Ministerio del Interior y Seguridad Pública. Gobierno de Chile. (s.f.) *Glosario de Términos*. Recuperado de URL
<http://www.senda.gob.cl/prevencion/informacion-sobre-drogas/glosario-de-terminos/>
- Soto Fortuny, C. (2011) *Psicoanálisis aplicado al Tratamiento de adicciones en Comunidades Terapéuticas. ¿Posible o Imposible?* (Tesis para optar al Título de Magíster en Psicología Clínica de Adultos) Universidad de Chile. Facultad de Medicina. Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Psicología. Recuperado de URL
http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Tesis_Digitales/tesispsicoan_lisis.pdf
- Téllez-Vargas, J. (2007) *Neurobiología de las adicciones*. En Revista *Avances en psiquiatría biológica*, 8, 85-111 Recuperado de URL
http://issuu.com/psiquiatriabiologica/docs/1_neurobiologia_adicciones
- URUGUAY XXI (2011) *La Industria farmacéutica en Uruguay*. Recuperado de URL
<http://www.uruguayxxi.gub.uy/wp-content/uploads/2012/07/Informe-Farmaceutico-Uruguay-XXI-Nov-2011.pdf>

Anexos

