

XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVII Jornadas de Investigación. XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. II Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. II Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2020.

Las normas y los consumos problemáticos.

Rodríguez, José Antonio.

Cita:

Rodríguez, José Antonio (2020). *Las normas y los consumos problemáticos. XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVII Jornadas de Investigación. XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. II Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. II Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-007/864>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/etdS/yvk>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

LAS NORMAS Y LOS CONSUMOS PROBLEMÁTICOS

Rodriguez, José Antonio

Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

Considerado desde de los ámbitos de aplicación de la Psicología Jurídica, el consumo problemático de sustancias no es exactamente un ámbito pleno de la especialidad. En efecto, el consumo problemático es, sobre todo, un tema de salud. Sin embargo, en virtud de la legislación vigente, la interacción del consumidor con el sistema de justicia es muy probable, porque existe en nuestro país una ley penal -23737- sobre la tenencia de estupefacientes. Esto hace que debamos estudiar el problema desde nuestra especialidad e intervenir profesionalmente en los dispositivos de abordaje. A lo largo de la historia, las sociedades humanas han utilizado sustancias con fines terapéuticos, religiosos, recreativos, y para hacer más soportable la vida. A la vez, los Estados han establecido regulaciones y prohibiciones para la producción, venta y consumo de tales sustancias. La expresión consumo problemático refiere a los efectos negativos del consumo en la vida del sujeto: consecuencias perjudiciales en su vida familiar, laboral, de relación, y otras esferas vitales. La expresión busca superar ciertas discusiones en torno a la noción de adicción, que no siempre es útil para el abordaje del problema desde la perspectiva de salud.

Palabras clave

Prohibición del consumo - Tratamiento adicciones - Abordaje de salud - Integración social

ABSTRACT

STANDARDS AND PROBLEMATIC DRUG USE

Considered from within the fields of application of Legal Psychology, problematic substance use is not exactly a full field of specialty. Indeed, problematic consumption is, above all, a health issue. However, under current legislation, consumer interaction with the justice system is very likely, because in our country there is a criminal law -23737- on drug possession. This means that we must study the problem from our specialty and intervene professionally in the boarding devices. Throughout history, human societies have used substances for therapeutic, religious, recreational purposes, and to make life more bearable. At the same time, the States have established regulations and prohibitions for the production, sale and consumption of such substances. The expression problematic consumption refers to the negative effects of consumption on the subject's life: harmful consequences on his family, work, relationship, and other vital spheres. The expression seeks to overcome certain discussions around the notion of addiction,

which is not always useful for approaching the problem from a health perspective.

Keywords

Prohibition - Addiction treatment - Health approach - Social integration

La prohibición

Desde siempre los Estados han procurado limitar, o prohibir, el consumo de ciertas sustancias. La prohibición es tan antigua como la propia conformación del Estado, y debería ser analizada a la luz de la economía de poder propia de cada época. Se prohíbe para desalentar el consumo de ciertas sustancias mientras se regula -y se promueve- el consumo de otras. En esta suerte de *complejo de exclusas* de sustancias y actividades que se prohíben, se regulan, se promueven y eventualmente se sustituyen; las razones ligadas a la salud pública son algunas entre tantas, y ni siquiera las más importantes.

Para nuestro continente, la moderna historia de la prohibición comienza con la llamada *Ley seca* [1], vigente entre 1922 y 1933 en los Estados Unidos. La experiencia constituyó un fracaso escandaloso; de consecuencias institucionales, sociales y económicas gravísimas. Sin embargo, durante esos años se desarrollaron ciertas estructuras gubernamentales (como la Oficina Federal de Narcóticos -FBN-) que debieron reinventarse para no desaparecer como organización y estructura administrativa de poder. Por una serie de circunstancias y condiciones confluyentes, la sustancia elegida fue la marihuana (marijuana, hachís o cannabis), que vino de este modo a ocupar el lugar que había sido del alcohol. Luego se sumaron a ella otras sustancias, como la cocaína y la heroína. La nueva estructura estatal de persecución penal incluía ya al consumidor. El supuesto subyacente era (es) que sólo bajo la amenaza de un castigo legal, las personas inclinadas al consumo de sustancias declaradas ilegales desistirían de hacerlo.

Una serie de intereses confluyentes llevaron a la prohibición de la marihuana. La FBN satisfacía así ciertas exigencias burocráticas de expansión, un propósito de cruzada moral y ciertos intereses corporativos (Hinojosa Becerra, M; Marín Gutiérrez, I; 2017). La prensa sensacionalista colaboró mucho en este objetivo, asociando crímenes horrendos de la época a la influencia del cannabis. Por supuesto, con información y documentos provenientes de la FBN.

Lograda la aquiescencia de un sector activo de la opinión pública, la FBN fue contra quienes apoyaban más o menos velada-

mente el uso de cannabis, como los músicos de jazz. Consiguió, entre otros desatinos, prohibir todos los títulos musicales que nombraban drogas[ii]. En 1937 fue aprobada la *Marijuana Tax Act* que criminalizaba a los consumidores de cannabis[iiii]. La prohibición tenía una base cultural supremacista, en tanto la corriente de opinión hegemónica suponía a afrodescendientes y latines inclinados al consumo de hachis, mientras que los blancos y anglosajones eran capaces de afrontar su propia vida sin sustancias que alteraran sus estados de conciencia.

El aporte de la ciencia

Al soporte cultural, legal y administrativo de la *Guerra contra las Drogas*[iv] se le agregó el científico. La FBN destinaba mucho dinero a proyectos de investigación tendientes a mostrar esa relación entre consumo y daño psíquico y somático en los consumidores de drogas (Hinojosa Becerra, M; Marín Gutiérrez, I; 2017). El paradigma de la *Guerra contra las drogas* produce investigaciones que demuestran que esas sustancias son intrínsecamente nocivas y que quienes las consumen sufren consecuencias tanto más graves cuanto más frecuente es el consumo y más dañina la sustancia. Desde luego, la idea de que las drogas matan a quienes las consumen y se encuentran en la base de los delitos más atroces, es lógica e históricamente anterior a cualquier teoría o experimento científico. La producción científica sólo viene a confirmarla.

Los experimentos con ratas en laboratorios datan de la década del 60, en el auge de la teoría conductista para la comprensión del comportamiento animal y humano. El estudio de las respuestas a ciertos estímulos requiere de algunas condiciones estables que los psicólogos conductistas obtienen en las llamadas *cámaras de condicionamiento operante*, conocidas también como *cajas de Skinner*[v].

En el experimento clásico, la rata se encuentra en una caja y obtiene una dosis de la droga (por ejemplo, heroína) accionando una palanca. En casi todos los casos se empleó heroína, una de las drogas más adictivas que existen. Los experimentadores observaron que, en líneas generales, todos los animales usaban la palanca para obtener la droga. Algunas dejaron de comer o tomar agua, pero nunca, por supuesto, de auto suministrarse la heroína. Varios animalitos murieron durante el experimento por esa razón. La analogía con el comportamiento humano es, desde esta perspectiva, evidente. Rápidamente se concluye que la adicción tiene efectos análogos en las ratas y en los humanos. Como el experimento parece mostrar fuera de toda duda, el adicto no quiere otra cosa que seguir consumiendo.

Estas evidencias experimentales fueron revisadas por el psicólogo canadiense Bruce Alexander, en los años 70. Alexander reparó en que las ratas utilizadas en el experimento era una especie inteligente, curiosa y sociable en su ámbito natural. Permanecer adentro de una caja, sin otra cosa que para hacer que accionar una palanca, no era lo que podríamos llamar una vida apropiada para el animalito. Así que diseñó el experimento

conocido como *Rat Park*. Las preguntas iniciales de la investigación eran si, en su ámbito natural, las ratas se comportarían del mismo modo que lo hicieron dentro de las cajas de Skinner. Por otra parte ¿existe algo así como una *tendencia innata* a la adicción? y una vez instalado el consumo en la vida del individuo ¿el único destino posible es consumir hasta la muerte?

Para responder estos interrogantes, el equipo de investigación a cargo de Alexander seleccionó dos grupos de animales. Para el primer grupo, reprodujo las condiciones del experimento clásico: cada animalito en una caja, disponía de la opción de beber agua pura, o agua con morfina y azúcar.

Para el segundo grupo se construyó un espacio muy holgado, doscientas veces más amplio que cada caja individual. En ese espacio había vegetación y juegos para constituir un ambiente lo más agradable posible para las ratas. Podían interactuar entre sí y aparearse. Se colocaron otros individuos de la misma especie que no habían vivido en cautiverio para que interactuaran con el grupo experimental. Como las ratas de las cajas, las que estaban en el *Rat Park* también tenían disponible alimento, agua y la morfina, en iguales condiciones.

Las ratas del primer grupo -aisladas en cajas- consumieron casi veinte veces más morfina que las ratas del Parque. Estas últimas parecían resistirse a consumir droga, aun cuando ya la hubieran probado. Los investigadores introdujeron algunas variaciones al experimento. Por ejemplo, Indujeron la adicción en algunos animales de ambos grupos, pero el patrón de comportamiento se conservó igual. Las que estaban aisladas tendían a consumir droga, las que estaban en el parque lo hacían como una cosa más entre otras. Ninguno de los animales del *Rat Park* murió de sobredosis, ni abandonó las otras actividades disponibles para consumir droga exclusivamente.

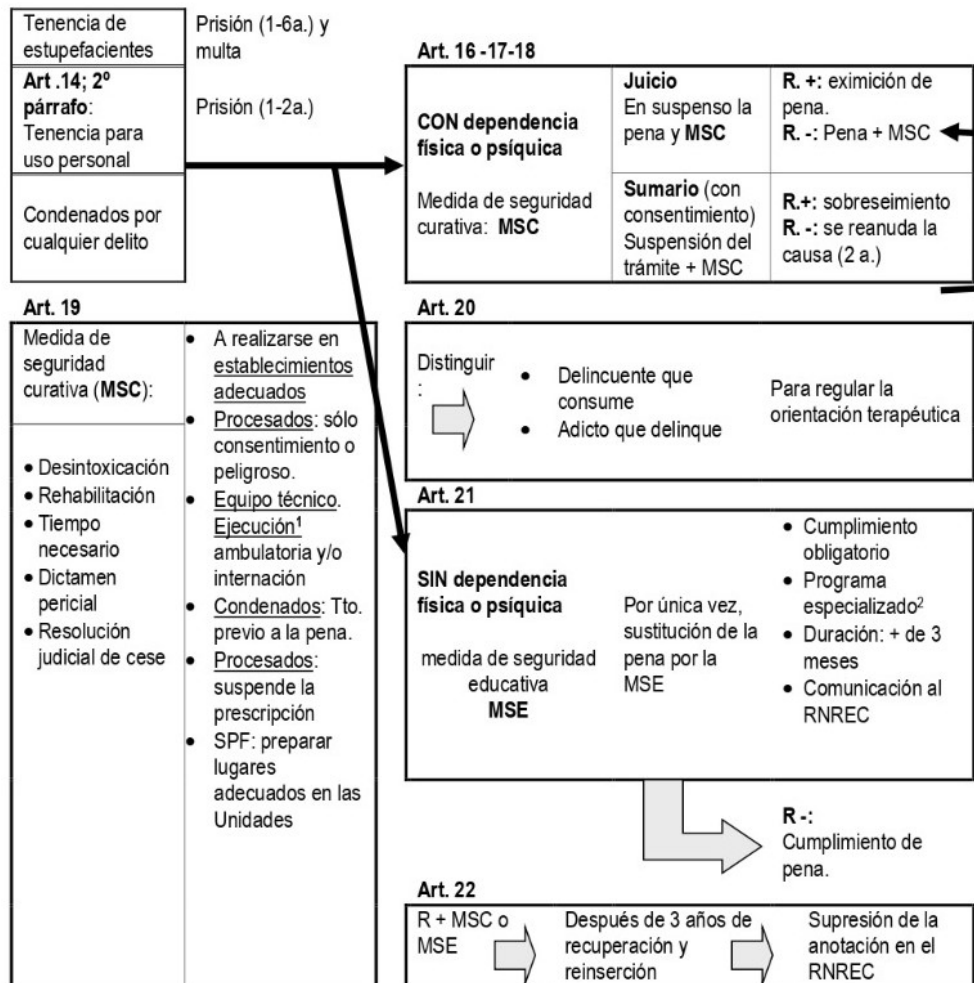
El experimento del *Rat Park* demostró cosas muy importantes para el abordaje profesional del consumo de sustancias psicoactivas. En primer lugar, el *aislamiento social* es un factor determinante para el consumo prolongado de drogas. La conexión con otros individuos de la especie y cierta libertad de hacer cosas más o menos agradables, hace que disminuya la perentoriedad del deseo de consumir. Por otra parte, cuando consumían, las ratas hacían lo posible para volver a su estado normal, en ocasiones hasta soportando el *síndrome de abstinencia*. El *Rat Park* puede considerarse un antecedente elocuente con respecto a la inadecuación de las políticas de criminalización de los consumos, que estigmatizan y refuerzan el aislamiento de los sujetos.

La regulación del consumo de drogas en Argentina

Nuestro país está, por lo menos desde inicios del siglo pasado, en la órbita de lo que el gobierno de Estados Unidos considera intereses estratégicos en su política exterior. De tal manera, la *Guerra contra las drogas*, aunque implantada por esa dinámica, no es ajena a un sector de nuestra cultura, instituciones, legislación y jurisprudencia.

En 1963 nuestro país ratifica el Convenio Único sobre Estupefacientes de las Naciones Unidas, que procura la estricta regulación del cultivo, distribución y venta de *estupefacientes* -opio, coca y cannabis-. Argentina cede así a las Naciones Unidas [vi] la decisión de cuáles sustancias estarán legalmente prohibidas. Esta perspectiva, como es evidente, ve a las drogas como una problemática del individuo toxicómano, que de este modo es catalogado alternativamente como vicioso o enfermo, ya sea que prime una perspectiva moral o médica. Las reformas del Código Civil en los 60s prevén intervenciones drásticas, como internaciones y tratamientos compulsivos. En la convulsionada década de los 70, de la mano de una tendencia general de represión generalizada, toma peso el ideal abstencionista. El aparato de propaganda que apoya la represión asocia subversión armada y drogadicción [vii], a pesar de que las distintas expresiones de la izquierda política, por razones distintas, sostenían también la abstención del consumo de drogas: conciencia revolucionaria y consumo de drogas eran vistos como antagónicos. La *Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas* (Convención de Viena, 1988) cristalizó la política prohibicionista, endureciendo aún más la persecución y penalización de la tenencia de drogas. La

Guerra contra las drogas impregnó el entramado institucional del país, que se organizó en torno a la ley que sigue vigente hasta la actualidad: la ley 23737 (1989). También en ese año se creó el organismo administrativo dependiente de la Presidencia de la Nación, la *Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR)*. Como su nombre deja ver, el organismo concebía la lucha contra el narcotráfico, la prevención de la drogadicción y el tratamiento de adictos como un campo único de intervención. El diseño institucional sostenía una perspectiva *punitivo-asistencial* del tema y respondía al supuesto de captar fácilmente al consumidor, que es el último eslabón de una serie de delitos concatenados. Este primer *delincuente* puede conducir al que le vendió la sustancia, éste al que le vendió a él y así hasta llegar al narcotraficante y destruir la organización delictiva que sostiene el narcotráfico. Como ya sabemos, no existe ninguna noticia de que este programa de persecución penal haya alcanzado su objetivo, siquiera en parte. La persecución penal alcanza a los últimos eslabones de aquella cadena, que son los más vulnerables. Y cuando los alcanza, encuentra un problema social y de salud mucho más que una conducta que justifique la intervención del aparato punitivo del Estado. Apareció así esta rara figura del *enfermo*



criminal, de acuerdo a si se lo mira desde el sistema de salud o desde los organismos de control social. El sujeto en cuestión se encuentra conminado a optar entre la cárcel o el tratamiento, que deviene compulsivo en virtud de semejante amenaza.

La ley vigente regula, entre sus artículos 14 y el 22, las *medidas de seguridad (educativa y curativa)*. El siguiente cuadro esquematiza el procedimiento:

Para quienes han sido imputados de tenencia de estupefacientes, o los condenados por cualquier delito que usen drogas ilegales, debe establecerse si ese consumo responde a una dependencia física o psíquica, o no. Para el caso en que el sujeto no sea física o psíquicamente dependiente, el juez arbitrará una medida de seguridad educativa (art. 21). Las medidas, en todos los casos, dejan la condena (prisión y/o multa) en suspenso, a resultas de su cumplimiento. La medida educativa tiene carácter obligatorio, se debe cumplir en un programa especializado, debe durar como mínimo tres meses y debe comunicarse al registro de reincidencias. Estas condiciones son muy importantes, desde el punto de vista de las posibilidades de reinserción laboral y social.

Para el caso en que el sujeto sea física o psíquicamente dependiente (art 16 al 18), hay dos posibilidades. Que se condene al sujeto, obviamente como resultado de una sentencia después de un juicio, y la pena (prisión y/o multa) quede en suspenso a resultas de una medida de seguridad curativa. Si el resultado de la medida es positivo, el condenado puede lograr la eximición de la pena. Si la medida de seguridad curativa fracasa, le corresponde la pena y, nuevamente, el tratamiento compulsivo.

La segunda posibilidad -la más frecuente- es que la medida de seguridad curativa interrumpa el proceso durante la instrucción del sumario, lo que necesariamente requiere el acuerdo del imputado. El proceso se suspende para la realización de la medida curativa. Si ésta da resultado, el sujeto puede acceder al sobreseimiento. Si no, continúa el proceso, que puede culminar en la aplicación de la pena y la medida de seguridad curativa.

El Artículo 19 define lo que la ley entiende por *medida de seguridad curativa*: su objetivo es la desintoxicación y la rehabilitación, debe durar el tiempo necesario para alcanzar esos objetivos y cesa por resolución judicial, previo dictamen de peritos. Para los procesados sólo puede aplicarse con el consentimiento del imputado, salvo en el caso en que se lo considere peligroso. Para regular la medida curativa, es necesario determinar si se trata de un delincuente que consume (o sea, cometería delitos aún sin consumir drogas) o un adicto que delinque (que no delinquiría si no consumiera drogas).

La medida debe realizarse en establecimientos adecuados, y la ejecución no necesariamente implica internación, dado que puede realizarse en forma ambulatoria. Si la medida se realiza en Unidades penitenciarias, éstas deben ser adecuadas a tal fin. Tanto para la *medida de seguridad curativa* como para la *medida de seguridad educativa*, la supresión de la anotación en

el Registro de Reincidencia se produce después de los tres años de recuperación e inserción social (art. 22).

Como se ve, la norma identifica delito y consumo, aun cuando para programar la intervención terapéutica exija delimitar la tendencia dominante en cada sujeto. Este aspecto es técnicamente muy discutible, del mismo modo que la aplicación de un tratamiento compulsivo. Es muy difícil que alguien acepte como ayuda algo que, en realidad, es una amenaza. Y la propia aceptación de esa condición nos haría dudar del deseo verdadero del sujeto de superar la situación en la que se encuentra. La evidencia disponible (mediante investigaciones sobre el consumo de sustancias) y la experiencia del trabajo institucional; indican que los tratamientos compulsivos raramente pueden desarrollarse de un modo efectivo, aun cuando se trabaje mucho sobre las condiciones iniciales.

Sobre la naturaleza de tal *tratamiento*, consignemos que se trata de una variedad de experiencias de diferente índole, que va desde una perspectiva de atención profesional clásica, a otras en que se procura un ambiente de religiosidad y prácticas comunitarias artesanales, sin demasiado cuidado por los procesos personales o los resultados alcanzados. Digamos que este abordaje combinado entre persecución penal y tratamiento compulsivo, alejó a los usuarios de drogas del sistema de salud, efecto completamente consonante con la retirada del Estado de sus responsabilidades de atención sanitaria de la población ocurrida en la última década del siglo pasado.

En 2014, el Parlamento Nacional promulgó la ley 26.934, el *Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos* (Plan IACOP). Esa norma no se encuentra aún reglamentada[viii], pero establece algunas definiciones y lineamientos de política que constituyen una referencia importante. En 2017 la SEDRONAR pasó a llamarse *Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas*, y transfirió las unidades relativas a la investigación del narcotráfico al Ministerio de Seguridad. El organismo adquirió así el carácter de un efector del sistema de salud, al enfocarse exclusivamente en la prevención y la atención de los consumidores, y ceder las funciones de persecución del narcotráfico al ministerio que debe ocuparse de la seguridad. El consumidor no debe ser considerado un delincuente en razón de su padecimiento, sino un usuario que requiere ayuda terapéutica y un marco social de inclusión que facilite su recuperación. La base de este abordaje lo constituyen la Ley de Salud Mental (26657) del año 2010, y el IACOP.

El abordaje de los consumos problemáticos

La ley de salud mental se sostiene en un *paradigma social* para el abordaje de las enfermedades mentales, la discapacidad y las adicciones. El *Rat Park* de Bruce Alexander nos ha mostrado que el polo antitético de la *adicción* no es la *abstinencia*, sino la *desconexión* social. En palabras de Johan Hari (2015), el adicto es alguien que *renuncia a estar presente en su propia vida*, de manera que lo que necesita en primer lugar, es un entorno que

lo ratifique como miembro pleno de su familia y su comunidad. El Plan IACOP que se inscribe en los lineamientos de política y acciones institucionales establecidos por la ley de salud mental (26654) y los estándares que recepta[xix], establece la definición legal (art 2): *se entiende por consumos problemáticos aquellos consumos que -mediando o sin mediar sustancia alguna- afectan negativamente, en forma crónica, la salud física o psíquica del sujeto, y/o las relaciones sociales. Los consumos problemáticos pueden manifestarse como adicciones o abusos al alcohol, tabaco, drogas psicotrópicas -legales o ilegales- o producidos por ciertas conductas compulsivas de los sujetos hacia el juego, las nuevas tecnologías, la alimentación, las compras o cualquier otro consumo que sea diagnosticado compulsivo por un profesional de la salud.*

La norma nos permite captar la idea de un abordaje de política integral de salud como marco de la intervención profesional. Su estructuración (en acciones de prevención, asistencia e integración) responde a una perspectiva epidemiológica del consumo, y permite el abordaje del problema en situaciones de vulnerabilidad social, donde la mera asistencia en salud requiere de una serie de condiciones ambientales que sólo pueden proveer un conjunto de políticas integrales. Como se ve, tenemos razones para pugnar por su reglamentación y eficacia.

Objetivos Plan IACOP A través de:

Prevención	Centros comunitarios de prevención. Atención de todas las personas que se acerquen, brindarles información de herramientas de asistencia sanitaria, centros de salud disponibles, planes de inclusión laboral y educativa, y facilitar el acceso a ellos. Acercarse a la comunidad y promover la integración de las personas vulnerables	
Asistencia	<ul style="list-style-type: none"> · Prestaciones obligatorias de los establecimientos de salud. · Los derechos y garantías de los pacientes son los establecidos en la ley de salud mental · Respeto por la autonomía y la singularidad de los pacientes (no estigmatizar) · Priorización de los tratamientos ambulatorios, internación como último recurso. · Promoción de la atención en los hospitales generales polivalentes. · Modelo de Reducción de daños: acciones que reduzcan los riesgos para la salud individual y colectiva y que tengan por objeto mejorar la calidad de vida de los sujetos que padecen consumos problemáticos, disminuir la incidencia de enfermedades transmisibles y prevenir todo otro daño asociado, incluyendo muertes por sobredosis y accidentes; · Abordaje interdisciplinario e interjurisdiccional. · Los hospitales generales deber reservar plazas para el tratamiento del consumo 	
Integración	<p>Cuando los sujetos con consumos problemáticos se encuentren en situación de vulnerabilidad social, serán incorporados a dispositivos especiales de integración.</p> <p>Dos componentes:</p> <p>Educativo.</p> <ul style="list-style-type: none"> · a quienes no completaron el ciclo obligatorio · beca de estudio (retorno a la escuela) · Medidas para completar la escolaridad: apoyo, condiciones básicas (material didáctico, libros), facilitadores pedagógicos, fortalecimiento de las capacidades docentes. 	<p>Laboral:</p> <ul style="list-style-type: none"> · mayores de 18 años desocupados. · 16-17 cuando se requiera en la estrategia de recuperación · Convenios intersectoriales · Orientación ocupacional · Creación del registro permanente de efectores

NOTAS

[i] La 18ª enmienda, que prohibía la producción, el transporte y el consumo de alcohol.

[ii] Nuestro país no resignó esta experiencia de censura sobre de letras de canciones, sobre todo de tangos, donde se mencionaban las drogas

[iii] Sobre la relación entre el consumo de marihuana y el jazz vale la pena consultar el estudio de H. Backer (2016) publicado originalmente en 1953. Por supuesto, esta tesis es contra hegemónica respecto de la posición de la FBN.

[iv] En 1973 Richard Nixon crea la Drug Enforcement Agency (DEA), califica a las drogas ilegalizadas como el enemigo público (no económico)

número uno; y declara el inicio de la Guerra contra las drogas. La DEA se ocupará de controlar la producción y el tráfico, de estupefacientes prohibidos, criminalizando a los usuarios y reprimiendo la comercialización.

[v] Las cajas de Skinner tienen tres elementos básicos: 1) un mecanismo que el animal debe manipular (por ejemplo, una palanca para pulsar). Para ello debe aprender a realizar esa conducta para obtener un reforzador satisfactorio (conseguir comida o evitar una descarga eléctrica). 2) Un estímulo discriminativo, que indica si el mecanismo funciona (por ejemplo, un sonido o una luz) y permite el aprendizaje del comportamiento indicado para la obtención del estímulo positivo, o evitación del negativo. 3) Un registro acumulativo, que registra las

respuestas operantes en función del tiempo. Se expresa en un gráfico de ejes cartesianos, donde la abscisa refleja el tiempo, y la ordenada la cantidad de respuestas emitidas.

[vi] Así como -cabría agregar- las Naciones Unidas cedieron previamente esa decisión al Departamento de Estado, que consiguió de este modo extender su estrategia

[vii] El Ministro de Bienestar Social José López Rega, declaró que “Las guerrillas son los principales consumidores de drogas en la Argentina, por lo tanto, la campaña antidrogas será auténticamente una campaña antiguerrilla.” (Conrad, C. et al.; 2014:19)

[viii] Esto significa que no se han determinado las responsabilidades institucionales para su ejecución, de manera que su vigencia no se materializa completamente en políticas de Estado.

[xix] Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental (1991), Declaración de Caracas de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud, para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud (1990), Principios de Brasilia Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas (1990)

BIBLIOGRAFÍA

- Backer, H. (2016). *Cómo fumar marihuana y tener un buen viaje. Una mirada sociológica*. S. XXI Editores, Buenos Aires.
- Conrad, C., Canabal, I., Ascolani, P., Bertone, D. (2014). *Marihuana en Argentina*. Ed. Pablo Ascolani, Rosario. Disponible en: <http://www.pensamientopenal.com.ar/doctrina/42022-asociacion-rosarina-estudios-culturales-arec-marihuana-argentina-historia-rendimiento>.
- García, M. (2011). *El tango y la droga*. Ed Estuario, Buenos Aires.
- Hari, J. (2015). *Tras el grito. Un relato revolucionario y sorprendente sobre la verdadera historia de la guerra contra las drogas*. Ed. Paidós, Buenos Aires.
- Hinojosa Becerra, M., Marín Gutiérrez, I. (2017). *Harry Anslinger, el zar de las drogas*. Disponible en: www.pensamientopenal.com.ar/system/files/2017/11/miscelaneas45952.pdf
- Observatorio Argentino de Drogas: <http://www.observatorio.gov.ar/>
- OEA (2013). *El problema de las drogas en las Américas*. Disponible en: http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/44143/OEA_El_problema_de_las_drogas_en_las_Americas_2013
- Ruschansky, E. (2015). *Un mundo con drogas. Los caminos alternativos a la prohibición*. Ed. Debate. Buenos Aires.
- Sissa, G. (1998). *El placer y el mal. Filosofía de la Droga*. Ed. Manantial, Buenos Aires.