XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2008.

El problema de la drogadependencia: modelos de abordaje, dispositivos de atención y paradigmas.

Vázquez, Andrea Elizabeth.

Cita:

Vázquez, Andrea Elizabeth (2008). *El problema de la drogadependencia: modelos de abordaje, dispositivos de atención y paradigmas. XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: https://www.aacademica.org/000-032/490

ARK: https://n2t.net/ark:/13683/efue/GMV

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.*

EL PROBLEMA DE LA DROGADEPENDENCIA: MODELOS DE ABORDAJE, DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN Y PARADIGMAS

Vázquez, Andrea Elizabeth
Universidad de Buenos Aires, UBACyT

RESUMEN
El objetivo de la presentación es revisar teóricamente cuáles son los paradigmas que sostienen algunos dispositivos de atención a drogadependientes que se proponen tanto desde lo que se conoce como Abstencionismo como desde la Reducción de daños asociados al uso de drogas. En general, los debates acerca de estas propuestas de atención en salud, suelen alinearse en la discusión sobre los potenciales efectos de uno u otro dispositivo y el carácter excluyente de los mismos. Esto imprime una lógica de pensamiento dicotómica que obtura la posibilidad de pensar en términos de problema. La conceptualización de la complejidad (Morín, 1994) para pensar acerca de esta problemática, deja de lado la obsesión fragmentadora y contribuye a analizar cuales paradigmas sustentan estos distintos saberes y prácticas conformados como dispositivos, y muestra que la supuesta antinomia no es tal. La discusión fundamental, debería girar alrededor del fortalecimiento de los Servicios Públicos de Salud abiertos (Inchaurraga, 2002), que se planteen objetivos intermedios entre la continuidad y el cese del consumo. Pero por sobre todo, consolidar un sistema de salud, que esté disponible para contener a personas que necesitan atención, con ó sin abstinencia de drogas.

Palabras clave
Drogadependencia Modelos Atención Paradigmas

ABSTRACT
THE PROBLEM OF DEPENDENCE TO DRUGS: MODELS INTERVENTION, DEVICES FOR ATTENTION AND PARADIGMS
The aim of the presentation is to review theoretically what are the paradigms that hold some devices attention to persons who depend on drugs either through what is known as Abstentionism as the Harm Reduction associated with the use of drugs. Generally the discussions about these proposals for health care often aligned in the discussion on the potential effects of one or other device and the exclusionary nature of the same. This prints a logic of dichotomous thinking that not allowed thinking in terms of problem. The conceptualization of the complexity (Morin, 1994) to think about this problem, leaving aside the obsession for fragmentation, it helps to analyze these different paradigms underpinning knowledge and practices that shape devices, and demonstrates that the alleged antinomy is not such. The critical discussion should revolve around the strengthening of the Public Health Services opened (Inchaurraga, 2002), to consider setting targets intermediate between continuity and cessation consumption. But above all, build a health system, which is available to contain people needing care, with or without abstinence from drugs.

Key words
Dependence Drugs Models Paradigms

INTRODUCCIÓN
El objetivo de la presentación es revisar teóricamente cuáles son los paradigmas que sostienen algunos dispositivos de atención a drogadependientes que se proponen tanto desde lo que se conoce como Abstencionismo como desde la Reducción de daños asociados al uso de drogas.
Los dispositivos actuales para atender los problemas relacionados con la drogadependencia son múltiples, y son diversas las estrategias que existen para su tratamiento.
En general, los debates acerca de estas propuestas de atención en salud, suelen alinearse en la discusión sobre los potenciales efectos de uno u otro dispositivo y el carácter excluyente de los mismos. Esto imprime una lógica de pensamiento dicotómica que obtura la posibilidad de pensar en términos de problema.
La implementación de Políticas Neoliberales y el contexto punitivo que enmarca el consumo de drogas ilegales en Argentina, produjo significaciones que han estructurado un discurso hegemónico caracterizado por la criminalización y estigmatización de los drogadependientes. En ese discurso se destacan, los efectos del lineamiento político de los años ´90: una profunda segmentación social y una evidente labilidad para hacer frente a los problemas de salud de forma colectiva (Filho y Paím, 1999).
La conceptualización de la complejidad (Morín, 1994) para pensar acerca de esta problemática, deja de lado la obsesión fragmentadora y contribuye a analizar cuales paradigmas sustentan estos distintos saberes y prácticas conformados como dispositivos, y muestra que la supuesta antinomia no es tal.

ABSTENCIONISMO Y REDUCCIÓN DE DAÑOS
La implementación de Políticas prohibicionistas, suele ser coherente con el denominado Modelo Abstencionista clásico. Dicho modelo, se basa en la idea de que el drogadependiente es un enfermo con una causa detectable: la sustancia. De aquí se desprende que la cura es posible si se interrumpe el acceso a la misma. Para muchas de las instituciones que articulan el tipo de oferta asistencial con el objetivo de la abstinencia, la condición de cese de consumo, es requisito para el inicio del tratamiento, lo cual constituye la paradoja de que quienes se acercan a un Servicio de Salud pidiendo tratamiento para dejar de consumir, deben hacerlo antes y (en muchos casos) como condición de inicio del mismo.
Sin embargo, no todos plantean este objetivo previo al comienzo de un tratamiento. Muchos equipos de salud, plantean que este objetivo, forme parte de los objetivos del proceso terapéutico, aunque no sea ni el más importante, ni el primero. Dentro de esta perspectiva, existen dispositivos ambulatorios y otros dispositivos de internación con sistemas abiertos ó cerrados. La oferta institucional estatal para la atención de los drogadependientes derivados a internación en la Ciudad de Buenos Aires, queda reducida a los Hospitales Psiquiátricos. Dicha oferta se complementa con las prestaciones que realizan Ong´s articuladas a sistemas de Medicina Pre-paga u Obras Sociales. Dentro de las Ong´s, un análisis aparte merecen las denominadas Comunidades Terapéuticas. En algunas de ellas, se instituyen "(…) *prácticas morales con una política que autodenominan normativa y que, bajo la pretensión de hacer cumplir la ley, no producen más que una proliferación de normas autoritarias* (…) *y se acercan peligrosamente a un riguroso control social* (…)" (Knopoff, 1996, p.195).
Varias de las propuestas terapéuticas que se proponen estrategias de reinserción social (familiar, grupo de pares, laboral, etc.) no se interrogan acerca de si hubo una inserción social a la que se pueda volver, ó si esta es tan lábil y precaria, que no ofrece condiciones de apuntalamiento.
La ideología de resocialización utilizada para diversos padecimientos y extendido al problema de la drogadependencia, pudo ser posible en una sociedad de pleno empleo y necesidades básicas satisfechas (Bergalli, 1996). Tarea harto compleja en el marco de una sociedad de consumo sin base de apoyo en un proyecto como el propuesto por el keynesianismo, que consolida el Derecho a la Salud como un Derecho Social. El proyecto global mundial, propuesto por el Neoliberalismo, pone el énfasis

en delinear políticas focalizadas mientras asistimos al desmantelamiento de los derechos sociales. Por este motivo, es necesario contextualizar las funciones de ciertas instituciones de salud, para analizar si responden a los objetivos para las que fueron pensadas ó si por el contrario, conservan una nominación que no guarda relación con las prácticas que ofrece.
El uso del término paradigma se refiere en un sentido amplio a la constitución de una particular visión del mundo propia del campo científico.
El denominado Modelo Abstencionista, descansa en una visión que intenta explicar "el todo" del problema de la drogadependencia, a partir de sus partes. Dicha visión es especialmente visible en la focalización que hace de la sustancia y en la pretensión de que el abandono de la misma, se produzca de forma aislada de las condiciones sociales en que estos consumos tienen lugar. Este reduccionismo mantiene separadas las condiciones de posibilidad de producción de la drogadependencia. Constituye entonces, un pensamiento simple, un paradigma de la simplificación. Un paradigma que rechaza el desorden, sostiene la separación entre objetos y contexto; entre sujeto y objeto; y entre saberes y disciplinas. (Morín, 1999).
La conceptualización de un paradigma de la Complejidad, no supone una relación de oposición, sino que la complejidad sería la unión de los procesos de simplificación con los procesos que articulan y comunican lo que está disociado (Morín, 1994),
Existen otras experiencias, que han ido adquiriendo status de política pública, desde que en el año 2000 una Resolución de la Secretaría de Drogas Nacional (SEDRONAR)[i], hace lugar a otro tipo de Programas denominados de Reducción de Riesgos ó Reducción de daños.
Las primeras experiencias, se implementaron en algunos países de Europa y América del Norte. A comienzos de los años ochenta, hubo un crecimiento importante en el consumo de drogas, principalmente por parte de jóvenes que comenzaron a usarlas de modo inyectable. Se registraron diferencias en la situación de salud de los usuarios, según las respuestas que dieron distintas ciudades. En la ciudad inglesa de Merseyside, el modelo de reducción de riesgos utilizado contempló tres ejes: la idea de que en algunos casos, era necesario mantener el consumo en algunos pacientes para que pudieran continuar con su vida cotidiana, la creación de uno de los primeros programas de intercambios de jeringas para aumentar la disponibilidad de equipos de inyección limpios y la inclusión de las fuerzas policiales que comenzaron a operar como agentes de salud al derivar a centros sanitarios a los usuarios de drogas arrestados. Esta intervención, tuvo como resultados: la disminución del contagio de VIH por compartir instrumentos de inyección, y el descenso de los delitos relacionados con drogas en esa región, comparado con los datos nacionales que continuaban en crecimiento (Romero, 2004).Uno de los ejes de este modelo, está puesto en la reformulación de la oferta de Servicios de Salud. Se trata de invertir el formato tradicional y, en lugar de esperar que las personas se acerquen espontáneamente, son los Servicios que se acercan los a los lugares en que estos grupos se reúnen y por intermedio de sus redes sociales. En estos programas, los requerimientos son menores que en tratamientos de tipo abstencionista (aunque no descartan la abstención como objetivo), por lo que también se denominan "de bajo umbral de exigencia". En ellos, se considera que la imposibilidad de detener el consumo de drogas sea temporal ó permanente y se abordan estrategias que tienen como objetivo reducir los daños asociados.
En general, el marco que orienta este tipo de prácticas es el paradigma de Derechos Humanos y se sustentan en la lógica de construcción de ciudadanía, de cumplimiento de derechos ciudadanos.
Algunos, enfatizan la necesidad de operar transformaciones sobre el imaginario social acerca de la drogadependencias. Básicamente, sobre los procesos de estigmatización que aumentan la vulnerabilidad de estas personas y producen su exclusión.
Desde este "paradigma de derechos", el hincapié está puesto no solo en favorecer el acceso al Sistema de Salud, sino en preservar la condición de ciudadanía de estas personas que nada tiene que ver con "proteger su derecho a consumir drogas". Desde esta lógica, una persona podría iniciar un tratamiento aunque no pueda ó no quiera dejar de consumir drogas.
Estos Servicios, se proponen como objetivo acercar la oferta asistencial a los consumidores de drogas (en situación más marginal) que no contactan con los Servicios de Salud tradicionales.
Estas experiencias muestran que muchos drogadependientes pueden formar parte de intervenciones que promuevan la responsabilidad de incluir formas de cuidado para sí y para otros, si son respetados en sus condiciones de vida. *"La puesta en marcha de estrategias de acercamiento hacia estas poblaciones conduce, inevitablemente, a la emergencia de sus capacidades y mejora su propia autoestima, creando un modelo de identificación para otros consumidores, por lo que, consecuentemente, la sociedad puede considerarlos desde una perspectiva menos alienante"* (De Andrés, 2001, p.78).

DISCUSIÓN

Habrá quienes necesitan interrumpir su consumo para sostener otras áreas de su vida, ó quienes pueden iniciar un proceso de deshabituación paulatina y/o continuar con sus consumos, en condiciones menos riesgosas.
Más allá de las particularidades de uno u otro dispositivo, interesa resaltar que las personas con problemas de drogadependencias, por su condición de ciudadanos, deberían tener la opción de elegir entre la diversidad de modalidades de tratamiento (es su derecho), sin que esto constituya una restricción ó una barrera de acceso a la atención en salud.
El análisis de los efectos del aumento del control y la represión como respuesta al problema de la drogadependencia, ha mostrado un profundo fracaso tanto en cuanto a la disminución de la oferta de drogas como en cuanto a la disminución del consumo. La importancia atribuida a las sustancias, ha impedido visualizar que solo una verdadera *"cuidadanización" o pleno goce de derechos, incluidos los económicos sociales y culturales"* (Ocaña, Sin fecha) podría comenzar a operar transformaciones en el escenario del problema.
Las bases sobre las cuales se sustentan el ideario abstencionista y el de reducción de daños, no se excluyen entre sí. La relación que guardan no es de oposición sino de diferenciación, por lo que no es posible compararlos
La discusión fundamental, debería girar alrededor del fortalecimiento de los Servicios Públicos de Salud abiertos (Inchaurraga, 2002), que se planteen objetivos intermedios entre la continuidad y el cese del consumo. Pero por sobre todo, consolidar un sistema de salud, que esté disponible para contener a personas que necesitan atención, con ó sin abstinencia de drogas.

NOTA

[i] Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y lucha contra el Narcotráfico

BIBLIOGRAFÍA

BERGALLI, R.: (1996). La caída de los mitos. En Dobon, J., Rivera, I. (Coord.) Secuestros institucionales y derechos humanos. La cárcel y el manicomio como laberintos de obediencias fingidas. (pp.45-50). Barcelona: M.J.Bosch, S.L.

DE ANDRÉS, M.: (2001). Reflexiones sobre la evolución de un centro de contacto para drogadependientes. Barcelona: ocho años de SAPS (1993-2000). Ensayos y Experiencias, 39, Año 7, 69-78.

FILHO, D.A.; PAÍM, S.: (1999). La crisis de la Salud Pública y el Movimiento de Salud Colectiva en Latinoamérica. Cuadernos Médicos Sociales, 75, 5-30.

INCHAURRAGA, S.: (2002). Los consumidores de drogas; ciudadanos con derechos. Una lectura desde lo social, lo subjetivo y las políticas de reducción de daños. En Inchaurraga, S. y otros. Drogas: haciendo posible lo imposible. Experiencia de reducción de daños en Argentina. (pp.45-58). Rosario: UNR.

KNOPOFF, E.: (1996). La ficción del manicomio: de la segregación a la inserción. En Dobon, J., Rivera, I. (Coord.) Secuestros institucionales y derechos humanos. La cárcel y el manicomio como laberintos de obediencias fingidas. (pp.193-204). Barcelona: M.J.Bosch, S.L.

MORIN, E.: (1994) Introducción al pensamiento complejo. Barcelona: Gedisa.

MORIN, E.: (1999) Los siete saberes necesarios para la educación del futuro. París: UNESCO.

OCAÑA, V.: (Sin fecha) Jornadas: Dirección de Promoción del Liberado. Extraído el 7 de Abril de 2008 de:http://www.plb.gba.gov.ar/gba/plb/ejecpenal/fotos_mendoza/Lic.%20Viviana%20Oca%F1a.pdf

ROMERO, F.: (2004) La política de reducción de daños y su desarrollo en la Argentina. En Nuevos estudios sobre drogadicción. Consumo e identidad (pp. 121-138). Buenos Aires: Biblos.