

CONSUMO DE SUSTANCIAS: DE LA PUNICIÓN A LA SALUD PÚBLICA

Pablo Barrenengoa

E-Mail: pablobarrenengoa@hotmail.com

Director: Edith Alba Pérez

Co-director: Graciela Zaldúa.

Institución: Secretaría de Ciencia y Técnica. UNLP.

Beca de Posgrado Tipo A. Facultad de Psicología UNLP.

RESUMEN

Se parte de la consideración de la complejidad, heterogeneidad y dificultosa sistematización del campo del consumo de sustancias psicoactivas. El uso de sustancias psicoactivas no siempre fue percibido como un problema; aparece como tal sólo recientemente en la historia de la humanidad. Actualmente, conviven dos miradas sobre el “adicto”: como enfermo y como delincuente. Estas miradas disparan prácticas y procesos institucionales diversos, que confluyen en la construcción de un estereotipo sobre el consumidor de sustancias, el cual es reforzado y amplificado selectivamente por los medios masivos de comunicación. El producto de dicho proceso es la creación de una significación social del consumidor que queda inserto en la conjugación de dos lógicas heterogéneas: el campo del narcotráfico y el campo del usuario de sustancias. Por lo tanto, además de ser una creación relativamente reciente, la figura del “adicto”, condensa en el imaginario social los relictos de la respuesta punitiva a su existencia y los tímidos esfuerzos sanitarios por alojarlo.

El fetichismo de la sustancia, presente en los discursos contemporáneos, es posible de ser problematizado desde una mirada humanista de las políticas públicas y los dispositivos institucionales, que alberguen la complejidad discursiva y fenomenológica del uso de sustancias en sus diferentes vertientes.

Aquellos modos de intervención con fuerte acento en la abstinencia y prohibición del consumo, ambas tenidas como objetivo pero, también como condición de tratamiento, constituyen verdaderos obstáculos a la hora de pensar la accesibilidad del usuario de sustancias a la atención del sistema de salud. Pensar una propuesta de trabajo, que adopte como imperativo el derecho a

la salud, implica la necesidad de repensar dispositivos de intervención. Se trata de pensar un “para todos” desde el sistema de salud en tanto oferta de potencial tratamiento, pero ya no bajo el discurso moralizante, medicalizante y sustancialista del abstencionismo sino desde la perspectiva de reducir los daños y riesgos que el consumo puede traer aparejado en cada quien.

Palabras clave: Consumo problemático – sustancias psicoactivas – modelo abstencionista – servicios de salud.

La construcción del “adicto” en Argentina: una mirada histórica

El presente trabajo se inscribe en la elaboración del estado del arte del plan preliminar de tesis aceptado para la iniciación de la carrera de Doctorado en Psicología denominado “*Consumo problemático de sustancias psicoactivas. Factores psicosociales intervinientes en pacientes atendidos en Centros Provinciales de Atención de la Provincia de Buenos Aires*”. El mismo se desprende del proyecto de investigación correspondiente a una Beca de Posgrado Tipo A otorgada por la Secretaría de Ciencia y Técnica – UNLP a partir de abril de 2014.

El fenómeno del consumo problemático de sustancias psicoactivas (CPSP) ha sido abordado desde diferentes perspectivas, en la complejidad de sus determinaciones. En el convergen análisis y discursos del ámbito jurídico, penal, psicológico, mediáticos, policiales que pueden reproducirse tanto en la presentación clínica de quienes consultan (Le Poulichet, S., 1991) como en las prácticas de los equipos de salud.

El uso de sustancias psicoactivas no siempre fue percibido como un problema; aparece como tal sólo recientemente en la historia de la humanidad, a fines del siglo XIX y principios del siglo XX. En muchos de los antiguos grupos y tribus de cazadores y recolectores, y en diferentes lugares del planeta, existió algún tipo de sustancia psicoactiva acompañando cultos mágicoreligiosos y actividades médico-terapéuticas. (Grigoravicius, M., 2006) En la Antigüedad la noción de droga se expresaba mediante el término griego *phármakon*, que remite simultáneamente a la idea de remedio y veneno; ningún fármaco era considerado inocuo ni altamente peligroso en sí mismo, sino que la frontera entre el remedio y el veneno estaba dada por el uso que las personas hacían de las sustancias. Ya durante el siglo XIX, existía la comercialización farmacéutica de casi todas las drogas conocidas hasta el momento. Existía un uso moderado pero generalizado de dichas sustancias, y aunque se registraban casos de adicción aislados, su existencia no supone para la época un problema social, ni sanitario, ni jurídico, ni policial (Escohotado, A.; 1995). Según diversos

autores, (Del Olmo, R.; 1992; Escohotado, A.; 1995; Gonzalez Zorrilla, C., 1987 Santino, U.; La Fiura, G.; 1993) se produce un viraje de sesgo prohibicionista en torno al consumo de algunas sustancias recién en el siglo XX, a partir de diferentes acontecimientos. Luego de la Conferencia de Shanghai (1909), EE.UU. se coloca a la vanguardia de las iniciativas para lograr que los estados implementen respuestas penales al problema de la expansión de sustancias psicoactivas. Es importante destacar, como antecedente relevante de esta tradición prohibicionista a la Ley Volstead, *Volstead Act*, conocida también como Ley seca de prohibición del alcohol en los EE.UU., que fue presentada en 1917, entró en vigencia en enero de 1920 y fue rechazada en diciembre de 1933, por la enmienda 21 (Escohotado, A. 1994). En 1932, el saldo que arroja la prohibición es escalofriante: medio millón de nuevos delincuentes y corrupción en diversos niveles. Hay 30.000 personas muertas por intoxicación y unas 100.000 con lesiones permanentes tales como ceguera y parálisis. Según González Zorrilla, el modelo de respuesta penal al problema de la difusión de sustancias psicoactivas proviene de la internacionalización de la política norteamericana contra las drogas en un clima político signado por la doctrina de la Seguridad Nacional y la idea del enemigo político interno. La misma se inscribirá institucional y legalmente mediante la firma de la Convención Única de las Naciones Unidas de 1961, y el Convenio de Viena de 1971. (González Zorrilla, C., op cit.). Asimismo, el fortalecimiento en el plano político religioso de algunos movimientos de raíz protestante fue parte de la trama ideológica que legitimaba socialmente la visión condenatoria sobre el consumo de drogas. Este discurso, de fuerte raigambre moral, tuvo fundamentalmente como población objetivo a grupos inmigratorios -en su mayoría centroamericanos y africanos- a quienes se vinculaba con la delincuencia, la venta y el consumo de sustancias. Este proceso de estigmatización se acompañó en el plano económico por una creciente monopolización en la producción, acopio, distribución y comercialización de sustancias por parte del complejo farmacéutico industrial.

En suma: la moral cristiana occidental y la construcción de legitimidad a través de argumentos apoyados en el sanitarismo, además de una visión de las drogas en tanto flagelo social que debe ser extirpado y factores de índole étnico y económico fueron puntos claves que coadyuvaron en la gestación del movimiento prohibicionista. El proceso culmina con un sinnúmero de legislaciones y políticas prohibicionistas de fuerte impacto en la opinión pública, sobre todo por medio del recorte criminalizante y estigmatizante que generan y amplifican los medios masivos de comunicación.

Actualmente conviven, dentro del heteróclito campo del consumo de sustancias, dos miradas sobre el “adicto”: como enfermo y como delincuente. Estas miradas disparan prácticas y procesos institucionales diversos que confluyen en la construcción de un estereotipo sobre el consumidor de sustancias que es reforzado y amplificado selectivamente por los medios masivos de comunicación. A su vez, los mensajes se metabolizan de modo tal que funcionan como verdaderos obstáculos en la accesibilidad de los usuarios a los servicios de salud. En este sentido, resulta de interés la peculiar “lógica de la sospecha” que tiñe esta relación entre usuarios y servicios de salud que ha sido examinada por María Epele en centros de atención de adicciones en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Se trata de la revisión del concepto de “barrera de acceso” al servicio de salud, en tanto que la misma no solo implica factores de índole económico o geográfico, sino también prácticas simbólicas de discriminación activa y expulsión en grupos sociales sometidos a procesos de criminalización, estigmatización y sanción social. (Epele, M., 2007). Según Epele, *“La sospecha y la desconfianza, ya sea como elementos aislados y parciales u organizados en términos de una narrativa de complot, pueden ser formuladas como las bases de una de las más importantes barreras entre los usuarios intensivos de drogas y las instituciones de salud.”* (Epele, op. cit).

Una mirada retrospectiva sobre la historia reciente de nuestro país permite vislumbrar que, bajo la égida del modelo prohibicionista, se instauraron diferentes prácticas y respuestas institucionales que fueron generando diversas representaciones sociales del “adicto”.

En la década del 60/70, en un contexto de extranjerización de la economía, instauración de dictaduras cívico militares y persecución político – social, la representación social predominante del usuario de drogas es la del “enemigo político”. Aparece asociado a la juventud, el hipismo, la psicodelia y el uso de alucinógenos. El consumo de drogas era visto como una actitud cuestionadora del orden establecido y moral. En 1974, con la ley 20.771, se penaliza la tenencia de droga para consumo personal. Paralelamente se sanciona la ley 20.840 que reglamenta la “lucha antisubersiva” como eslabón de la “Doctrina de la Seguridad Nacional”. Asimismo, se crea el primer organismo público de atención específica de las adicciones: el Centro Nacional de Reeducción Social –CENARESO-. En esta etapa, se gesta una respuesta puramente represiva y penal.

La década del 80 estará signada por el retorno de la democracia, la apertura cultural y la crisis política desencadenada por un gobierno inconcluso y la hiperinflación. El usuario de sustancias comienza a ser visto como un “enfermo” a partir de la mirada del saber médico que rápidamente introduce una discursividad en torno al consumo de sustancias que lo sitúa bajo el paradigma de

las enfermedades infecciosas: se debe aislar al enfermo del contacto con el virus patógeno (droga). Es decir que a la respuesta penal se le agrega la médica de tratamiento y reeducación. La Ley 20.737 sancionada en 1989 corona esta etapa, donde comienzan a proliferar Centros de Recuperación de Toxicómanos encargados de implementar medidas de seguridad curativas y educativas alternativas a la cárcel para los consumidores de sustancias. (Ministerio de Justicia y Seguridad, 1989). Por otra parte, la Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social ya había generado las condiciones jurídicas para el establecimiento de nuevos modos de controlar al toxicómano no solo a través del aislamiento penitenciario sino también del aislamiento bajo el modelo del hospital psiquiátrico.

Ya entrada la década del 90, en plena consolidación del neoliberalismo, reducción del estado, ruptura de los lazos comunitarios, privatización de los problemas y aumento exponencial de desocupación, pobreza y exclusión social, el usuario de sustancias empieza a ser visto como alguien peligroso para la salud pública y culpable de lo que le sucede, particularmente aquellos usuarios de drogas inyectables transmisores de HIV/ SIDA. Aquí, la imagen del toxicómano que delinque para atender sus necesidades de droga o de dinero para obtenerla es la imagen predominante. (González Zorrilla, C., op cit.). Se desarrollan políticas punitivas para el control de la droga y el SIDA desde la mirada de la "defensa social" (S.A.D.A., 2011.). Es en este período cuando se crea la Secretaría de Programación para Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR) donde se unifican en un organismo la atención preventiva y la acción punitiva. Paralelamente a esta respuesta aparecen diversas ONGs con financiamiento mixto que comienzan a trabajar tanto con el tema del HIV como con los usuarios de sustancias.

Desde el punto de vista de la producción de subjetividad y del imaginario social sobre las drogas, el producto de dicho proceso es la creación de una representación social del consumidor que queda inserto en la conjugación de dos lógicas heterogéneas: el campo del narcotráfico y el campo del usuario de sustancias. Por lo tanto, además de ser una creación relativamente reciente, la figura del "adicto", condensa en el imaginario social los relictos de la respuesta punitiva a su existencia y los tímidos esfuerzos sanitarios por alojarlo. De este modo se propicia la construcción de un estereotipo homogéneo del "drogadicto" como emblema de descomposición social que se sinonimiza en la ecuación adicto = delincuente = violento = desviado = enfermo = joven. Así, *la "droga"* y *"la drogadicción"* se sitúan como entidades autónomas causales de "adicción" y de desviación social, se les otorga un poder demonizante y

omnímodo. No se distinguen umbrales entre un uso simple de sustancias, un consumo abusivo o una dependencia. La estrategia será reducir tanto la oferta como la demanda desde el punto de vista jurídico – legal. Desde el punto de vista asistencial, las respuestas sanitarias de corte abstencionista se rigen por *criterios de umbral máximo de exigencia*, llamados así pues establecen la supresión forzosa de sustancias como condición de inicio, despliegue y como objetivo central de un tratamiento; se fundamentan en sumatoria en ciertos preceptos de las terapias cognitivas comportamentales (TCC). La comunidad terapéutica va a constituir el dispositivo estrella, por excelencia, de este modelo. (Quevedo, S, 2013)

En síntesis: en diferentes momentos históricos, las adicciones han sido consideradas como “enfermedad”, “desviación”, “vicio”, “transgresión”. Se culpó a las sustancias de los males del individuo y de la sociedad, siendo la abstinencia la única solución. Desde esta perspectiva no se tiene en cuenta la complejidad causal que puede intervenir en ciertos sujetos a la hora de consumir ciertas sustancias y no otras.

En último orden de enumeración, aunque no así de relevancia, resulta importante destacar el marco contextual, político y conceptual nacional actual a partir del cual lo expuesto líneas más arriba ha sido comenzado a ser pasible de ser criticado y que inaugura nuevas condiciones de posibilidad para el abordaje de las llamadas “adicciones”. Se trata de los cambios políticos y culturales que se inician en la Argentina de la pos - crisis devaluatoria donde, sin pretender agotar los análisis posibles, se inicia un proceso de cambios sustanciales a nivel de la justicia y derechos humanos, participación política, políticas sanitarias, económicas, educativas, ciencia y tecnología y comunicacionales. La activa participación de organismos de Derechos Humanos, asociaciones de profesionales y técnicos, y ONGs sociales y comunitarias que incluyeron a los usuarios y sus familias; así como la experiencia acumulada de diversas disciplinas desde una perspectiva de derechos generaron las condiciones para la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental (26.657) y su reglamentación en el año 2013, cristalizada en lo que se conoce como el Plan Nacional de Salud Mental. Se trata de un redireccionamiento de la Salud Mental hacia los tres poderes del Estado. En este sentido, la creación de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (DNSMyA), a la par de la nueva legislación, son muestras del germen de un nuevo paradigma que, si bien no corroe viejas prácticas, inaugura circuitos posibles de ser potenciados en tanto conquistas en el campo de la salud mental. Interesa particularmente el artículo 4 de la ley 26657, donde se instituye que “*las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental*”. Y se reconoce a “*las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales*” como sujetos de

derecho *“en su relación con los servicios de salud”*. En línea con la Ley, el Plan Nacional de Salud Mental enmarca las adicciones en el ámbito de la Salud Mental, ya que, hasta el momento, las mismas no fueron abordadas desde este lugar, especialmente en lo referido al consumo de sustancias psicoactivas. Además, como refiere la reglamentación, *“el eje deberá estar puesto en la persona, en su singularidad más allá del tipo de adicción que padezca”*. A nivel estrictamente legal se opera cierto corte –aunque no radical- respecto de la lógica ético-jurídica y médico-sanitaria, propugnando la adopción de los principios éticos sociales de inclusión comunitaria. Asimismo, dada la experiencia internacional al respecto, los acuerdos impulsados y aceptados por nuestro país en Naciones Unidas y las dificultades que presentan los sujetos con padecimiento vinculado al consumo de sustancias, se impone adoptar criterios y prácticas inscriptas en la llamada reducción de daños. Por consiguiente, se optará por hablar de *“consumo problemático de sustancias psicoactivas”* en lugar de adicciones en la medida en que se trata de determinar la compleja trama de determinaciones a partir de la cual alguien consume. No se tratará saber tanto acerca de las drogas sino más bien por qué y para qué cada persona elige alguna sustancia, en qué momento de su vida lo hace, en qué contexto y cuando se vuelve problemático e interfiere en su vida cotidiana y la de su familia. Partir desde una perspectiva de salud pública sobre el CPSP permite poner en cuestión la judicialización del problema (Herbón, 2007), al mismo tiempo que implica reconocer diferencias entre las drogas como sustancias categorizadas jurídicamente desde su carácter lícito o ilícito y la relación que cada usuario establece con esa droga, su historia y el riesgo de que ese consumo se vuelva problemático e interfiera en su vida cotidiana, la de su familia o su comunidad (Dirección Nacional de Salud mental y Adicciones DNSMyA, 2013). En esta línea argumentativa, Kameniecki (2007, p. 107) señala que *“más que intentar imponer nuestros ideales a las personas que consumen, se hace necesario hacerles un lugar en el sistema sanitario”*. Esto pone en primer plano el análisis de las condiciones psicosociales de vida que determinan pautas de conducta que aumentan la vulnerabilidad a que se opere el pasaje del uso a la dependencia entendiendo a esta última como la imposibilidad de detener el consumo. (Medina Mora M. E.; Real T.; Villatoro J.; Natera, G., 2013).

Por lo expuesto hasta el momento, resulta esclarecedor señalar que cualquier análisis que se realice en torno al campo del consumo de sustancias requiere de una petición de principio. En este caso, de la consideración de la complejidad, heterogeneidad y dificultosa sistematización del campo del consumo de sustancias psicoactivas. Esta consideración preliminar implica adoptar

categorías de análisis que permitan articular los micro y macro contextos del consumo que configuran un campo de fuerzas donde la resultante posee múltiples puntos de fuga en tanto expresiones de esa compleja determinación. En este trabajo se tomará la perspectiva analítica de Helen Nowlis, quien considera tres elementos fundamentales a tener en cuenta que, si bien no agotan las lecturas posibles sobre el problema, permiten evitar reduccionismos ideológicos y teóricos. Estos tres factores son: la sustancia, la persona que la usa y el contexto social y cultural de tal uso (Nowlis, H., 1975). Pensar desde la complejidad (Morin, E., 2004) implica que en la medida en que cada uno de los tres elementos sea ignorado o simplificado al extremo, las medidas que se tomen para modificar el comportamiento de quienes consumen drogas tendrán una eficacia mínima. A modo introductorio diremos que en el terreno exclusivo de las sustancias psicoactivas, se las pondera desde su carácter lícito o ilícito, sus cualidades bioquímicas y sus efectos fisiológicos. A su vez, aquel sujeto que consume puede sostener diversas modalidades de relación con la sustancia que pueden ir desde el consumo experimental, la automedicación, hasta el arrasamiento subjetivo por el tóxico. Por último, en función de cada contexto socio – histórico - cultural se asignará una significación diferente a las drogas. Según Nowlis, la tríada sustancias – sujetos – contexto permite sistematizar 4 modelos de abordaje del uso de sustancias psicoactivas: el modelo ético jurídico, el modelo médico sanitario, el modelo psicosocial y el modelo sociocultural.

CONCLUSIONES

Es posible realizar una mirada institucional - legal sobre los diferentes modelos preventivo - asistenciales de intervención posibles de ser delimitados a partir de la articulación que se establece entre diferentes visiones de los sujetos implicados en el consumo, la noción de sustancia que se desprende de ella y el contexto en que se desenvuelven. En este trayecto resulta imprescindible la deconstrucción de los discursos hegemónicos sobre las sustancias en la medida en que los mismos crean prácticas y representaciones sobre el “adicto” vinculadas a su criminalización, su medicalización y su “recuperación” mediante procedimientos asilares (inspirados en medidas penales) que no contemplan la heterogeneidad de la problemática ni la pluralidad de las estrategias de intervención. Aquellos modos de intervención con fuerte acento en la abstinencia y prohibición del consumo, ambas tenidas como objetivo pero también como condición de tratamiento, constituyen verdaderos obstáculos a la hora de pensar la accesibilidad del usuario de

sustancias a los diferentes niveles de atención del sistema de salud. Pensar una propuesta de trabajo que adopte como imperativo el derecho a la salud implica la necesidad de repensar dispositivos de intervención a imagen y semejanza de las problemáticas actuales y no de la reproducción de modelos teóricos e ideológicos enlatados. Equivale a inventar. El modelo de reducción de riesgos y daños en el marco de la nueva legislación en materia de salud mental en nuestro país, aparece como una alternativa novedosa en el abordaje del uso problemático de sustancias en la medida en que el “umbral mínimo de exigencia” y el énfasis en la relación singular del sujeto con la sustancia permiten resituar las estrategias generando las condiciones de posibilidad para la inclusión de sectores de consumidores que no estaban incluidos en otros modos de abordaje. Se trata de pensar un “para todos” desde el sistema de salud en tanto oferta de potencial tratamiento, pero ya no bajo el discurso moralizante, medicalizante y sustancialista del abstencionismo sino desde la perspectiva de reducir los daños y riesgos que el consumo puede traer aparejado en cada quien.

En tiempos en que conviven simultáneamente en el imaginario social diferentes cosmovisiones sobre el fenómeno de las “drogas”, se han ido desprendiendo diferentes explicaciones sobre por qué alguien consume sustancias: como acto de rebeldía, porque padece una adicción, porque es un delincuente, porque está enfermo, tiene un vicio, una desviación, etc. Se infiere que “curar a los adictos” o “volverlos a la normalidad”, que dejaran de consumir y lograr la abstinencia, era la única solución posible. Se culpaba a la sustancia de los males del individuo y de la sociedad.

Desde esta perspectiva, no se tenía en cuenta a las personas, ni las razones que las llevaron a consumir ciertas sustancias, y no otras. Es por eso que, en este contexto, hablar de adicciones resulta dificultoso. No se trabaja con “adicciones”. Se trabaja con personas a las que, por algún motivo, la vida se les ha complicado. Por eso, no se trata tanto de “saber sobre las drogas” sino saber por qué y para qué cada persona elige alguna sustancia, en qué momento de su vida lo hace y en cual ese consumo es entendido como problemático, por qué y por quien.

El reconocimiento de la multicausalidad en el consumo problemático de sustancias psicoactivas, los múltiples factores que condicionan el consumo de drogas (características personales, oferta de sustancias, características farmacológicas de las mismas, determinadas variables familiares, el entorno social, etc.) y su enorme complejidad determina que no existan estrategias sencillas para su prevención.

En consecuencia, las políticas dirigidas a la prevención del consumo de drogas deben reunir la integralidad de factores que permitan desarrollar acciones selectivas para el grupo social, y especialmente para aquellos más vulnerables, considerando las circunstancias que actúan estimulando o facilitando el uso de drogas (factores de riesgo) y promover aquellos otros factores, como la información, la educación, las competencias sociales o personales, o determinados valores, etc. que actúan impidiendo o disminuyendo los mismos (factores de protección) haciendo a los individuos menos vulnerables al consumo de drogas.

El fetichismo de la sustancia presente en los discursos contemporáneos es pasible de ser problematizado desde una mirada más humanista de las políticas públicas y los dispositivos institucionales que alberguen la complejidad de la fenomenología del uso de sustancias en sus diferentes vertientes. Se trata, de este modo, de desmarcarse de posiciones en que se ha banalizado la idea de placer de las drogas y poder situar la especificidad de las toxicomanías, no como entidad clínica diferenciada, sino como un complejo campo de convergencia fenomenológica y discursiva imposible de ser reducido a uno de los elementos que lo integran.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Del Olmo, R. (1992) *¿Prohibir o domesticar?. Políticas de drogas en América Latina*. Caracas: Editorial Nueva Sociedad.

DIRECCIÓN NACIONAL DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES. (2013) Plan Nacional de Salud Mental. Ministerio de Salud de Nación.

Epele, María. (2007) La lógica de la sospecha. Sobre criminalización del uso de drogas, complots y barreras de acceso al sistema de salud. En *Cuadernos de Antropología Social* Nº 25, pp. 151–168, 2007. Facultad de Filosofía y Letras. Universidad de Buenos Aires. ISSN: 0327-3776

Escohotado, A. (1995) *Historia general de las drogas*. T I, II y III. Madrid: Alianza Editorial.

Escohotado, Antonio (1994). "Las drogas. De los orígenes a la prohibición". Madrid, Ed. Alianza Cien. pp.94-95.

FOUCAULT, M. (1975) *Vigilar y Castigar*. Editorial Siglo XXI.

González Zorrilla, C. (1987) "Drogas y Control Social" En *Poder y Control* n° 2 (pp. 49-65). Barcelona: PPU.

GRANADOS HERNANDEZ, M.; BRANDS, B.; ADLAF, E.; GIESBRECHT, N.; SIMICH, L.; MIOTTO WRIGHT, M.G. (2009). Perspectiva crítica de la familia y de personas cercanas sobre factores de riesgo familiares y comunitarios en el uso de drogas ilícitas en San José, Costa Rica. *Revista Latino-Am. Enfermagem vol.17 no.spe Ribeirão Preto*.

GRIGORAVICIUS, M. (2006) "Una perspectiva histórico social para la comprensión del «problema drogas»". En *Memorias de las XIII Jornadas de Investigación de la Facultad de Psicología U.B.A. y Segundo encuentro de investigadores en Psicología del Mercosur "Paradigmas, Métodos y Técnicas"*. Tomo II (pp. 51- 53). Facultad de Psicología U. B. A. Buenos Aires.

HERBÓN, C. (2007) Adicciones tempranas. En: Conocerte, M. & Kameniecki M. *Adicciones. Desde el fantasma del flagelo a la dimensión de la pregunta*. (pp. 89 – 103). Letra viva.

KAMENIECKI, M. (2007) Consumo de drogas;¿problema moral o sociosanitario?. En: Conocerte, M. & Kameniecki M. *Adicciones. Desde el fantasma del flagelo a la dimensión de la pregunta*. (pp. 105 – 117). Letra viva.

LE POULICHET, S. (1991). *Toxicomanías y psicoanálisis. La narcosis del deseo*. Amorrortu editores.

LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL N.º 26.657.

MEDINA-MORA M. E.; REAL T.; VILLATORO, J.; NATERA, G. (2013) Las drogas y la salud pública: ¿hacia dónde vamos?. *Salud pública Méx vol.55 no.1 Cuernavaca ene./feb. 2013*. .

MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES. (2013) Subsecretaría de Salud Mental y Atención a las Adicciones. Comunicado de prensa. Disponible en: <http://www.sada.gba.gov.ar/prensa/noticia.php?idnoticia=27305>

MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES. (2011) Subsecretaría de Salud Mental y Atención a las Adicciones. Familias en Red. Documento de gestión.

Ministerio de Justicia y Seguridad. (1989) Ley N°23.737 (en línea). Recuperado el 20/10/2014, de www.mseg.gba.gov.ar/Investigaciones/DrogasIllicitas/ley%2023737.htm

Morin, Edgar. *La epistemología de la complejidad.* En: *Gazeta de Antropología*, N° 20, 2004, Artículo 02. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10481/7253>

NOWLIS, H. (1975) *La verdad sobre la droga.* UNESCO.

PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL. (2013) Ministerio de Salud de la Nación.

QUEVEDO, SILVIA. (2013). Modelo abstencionista – prohibicionista. *CENARESO. Material de Lectura.* Hospital Nacional de salud Mental y Adicciones. Ministerio de Salud de la Nación.

Santino, U.; La Fiura, G. (1993) *Detrás de la droga. Economías de supervivencia, empresas criminales, acciones de guerra, proyectos de desarrollo.* Rosario: Homo Sapiens Ediciones