

Paradigma salubrista y adicciones

Acerca del paradigma salubrista como facilitador de procesos de cambio en prevención y tratamiento de adicciones, necesarios en el diseño de políticas públicas integrales.

Gabriela María Richard

Acerca del paradigma salubrista como facilitador de procesos de cambio en prevención y tratamiento de adicciones

Gabriela María Richard¹

Resumen

Los procesos de cambio que requieren la prevención y la asistencia de las adicciones están asociados al tipo de paradigma en los que se apoya el diseño de cada estrategia de abordaje. Aquellos estructurados en torno a los recursos y factores salutógenos activan dispositivos motivacionales más potentes que los que lo hacen priorizando variables relativas al déficit y al daño. Se los denominará salubristas. Una aproximación sobre el rol del contexto socio histórico en la dinámica de construcción de tales paradigmas y sobre evidencias que resultan de la aplicación de programas de prevención en la infancia, refuerzan favorablemente la hipótesis de que las estrategias que cuentan con este tipo de encuadre, ofrecen mayores posibilidades de eficacia.

Palabras clave:

Adicciones, paradigmas, salubrismo, estrategias, motivación, cambio, prevención, asistencia

¹Licenciada en psicología, Magister en Prevención y tratamiento de conductas adictivas. Docente de la Universidad Nacional de Córdoba. Fundadora y Directora de Fundación para la Promoción de la Salud Humana (ProSalud).

Índice

Resumen	2
Introducción	5
1	
2 Algunos interrogantes como punto de partida	6
3 1. Qué es un paradigma?	6
2.2. Fundamentos para reflexionar sobre paradigmas y adicciones en el actual contexto	7
2.3. Implicancias nocionales específicas: Fenómeno adictivo.....	8
2. 4.Herramientas para facilitar la reflexión sobre procesos de construcción de conocimiento y paradigmas.....	8
2.4.1 La metáfora del zoom.....	9
2.4.2. Las Lentes de Beliefs (LB)	10
3. Devenir histórico y desarrollo de paradigmas	10
3.1. De la epidemia de VIH/sida a la de las adicciones.....	15
4. Paradigmas y salud: el enfoque salubrista	15
4.1. Miradas complejas para un fenómeno complejo.....	15
5. Paradigmas, contextos y cambio	16
6. De lo Multidimensional, a lo Integral Salubrista	17
6.1.Ético jurídico.....	17
6.2.Medico sanitario.....	17
6.3.Psico social.....	18
6.4.Socio cultural.....	18
6.5.Multidimensional	18
6.6.Reducción de daños y riesgos.....	18
6.7.Geopolítico estructural	19
7. Acerca del modelo Multidimensional Integral Salubrista	198.
Hacia una mirada ecológica del fenómeno adictivo	20
8.1.La metáfora del zoom en la complejidad del fenómeno adictivo.....	22
8.2.1. Redes.....	22
8.2.2. Normativo.....	23
8.2.3.Sanitario/salubrista.....	23
8.2.4.Psicosocial.....	23

8.2.5. Sociocultural.....	24
8.2.6. Multidimensional.....	25
8.2.7. Económica.....	25
8.2.8. Regulación de daños y riesgos.....	26
8.2.9. Geopolítico.....	27
9. Aportes del Modelo Multidimensional Integral Salubrista a la eficacia de programas en prevención de adicciones.	26
9.1. Dificultades que enfrentan los programas preventivos.....	27
9.2. Diseño de una estrategia de prevención de adicciones para aplicar en la infancia.....	27
9.3. Algunos paradigmas aplicados a la prevención de adicciones en la infancia...27	
9.3.1. Factores protectores contra el daño	28
9.3.2. Guerra al daño	28
9.3.3. Pragmatismo funcional al daño	28
9.3.4. Multidimensional Integral Salubrista.....	28
9.4. El enfoque Multidimensional Integral Salubrista (MinS), aplicado a la prevención con niños.....	28
9.5. Acerca de la eficacia de proyectos con encuadre en el MInS	29
10. Conclusiones.....	29
Biblio y sitografía	30

1. Introducción

El campo de las adicciones, vasto y complejo, entendido en una perspectiva que incluye procesos saludables y trastornos derivados de procesos adictivos diversos, sitúa a los profesionales de la salud ante desafíos de enormes proporciones respecto de la búsqueda de soluciones a estos últimos. Dado que aspectos saludables y daños se cruzan en el entramado de la vida, con ellos también emergen oportunidades a descubrir, en términos de desarrollo social sostenible.

La responsabilidad de asumir tales desafíos, se complementa con la necesidad de producir conocimiento que avale las decisiones que se toman. Para ello, “se requiere emplear métodos científicos, que permitan distinguir entre este tipo de conocimiento y el sentido común”... ya que de este modo, “se ponen en duda opiniones y actitudes

asumidas socio culturalmente...procurando expandir el conocimiento”. En efecto, según Ato (1991) la incertidumbre es una de las características del método científico, donde se reconoce que es difícil eliminar toda forma de sesgo en la ciencia². El presente trabajo asume esta característica como base para plantear interrogantes que pudieran colaborar al desarrollo de procesos innovadores, que aporten mayor eficacia en el ámbito preventivo y terapéutico. Esta búsqueda, propone un foco de análisis ampliado, que incluye la reflexión acerca de los paradigmas culturales, condicionados por las coordenadas socio históricas, desde las cuales se produce conocimiento. El trayecto del análisis considerara vínculos entre la epidemia del VIH/sida y la consolidación de determinados paradigmas socio sanitarios que aplican también al fenómeno adictivo.

Esta misma búsqueda se estructura según la perspectiva de los procesos de cambio que requieren tanto las actividades preventivas como las terapéuticas, y de los contextos (simbólicos y fácticos) que generan mayor nivel de motivación para que estos procesos se activen. En este sentido, las evidencias que obtenidas en el trabajo de campo llevado a cabo en Córdoba, Argentina, se puede sostener que los modelos salubristas son los que ofrecen mejores resultados. Con ellos se avanza en la descripción del fenómeno y la dinámica entre variables que lo configura desde un pensamiento complejo que procura integrar, superando fragmentaciones.

Para finalizar, se propone la reflexión a partir de la aplicación del análisis sobre los paradigmas en la sistematización de un proyecto destinado a prevenir adicciones en la infancia.

2. Algunos interrogantes como punto de partida:

Cómo innovar en el desarrollo de estrategias de abordaje integrales más eficaces?

Cómo evaluar integralmente nuestras prácticas para retroalimentarlas positivamente?

Cuáles perspectivas favorecen los cambios que se requieren en los distintos niveles de prevención?

Para intentar respuestas, es preciso reflexionar acerca de los paradigmas que condicionan y orientan nuestras prácticas facilitando u obturando su eficiencia.

3. 1. Qué es un paradigma?

² Llorens Aleixandre, (2015) N. p. 5, Metodología de la investigación, metodología básica en drogodependencias. 13 Edición Master de prevención y tratamiento de las conductas adictivas.

El término paradigma significa «ejemplo» o «modelo». En todo el ámbito científico, el término paradigma puede indicar el concepto de *esquema formal* de organización, y ser utilizado como sinónimo de *marco teórico* o *conjunto de teorías*.

Según cuál sea el paradigma en uso, serán las explicaciones y expectativas que se establezcan sobre un determinado fenómeno. Este es el motivo por el cual reflexionar sobre este tema adquiere una significación especial.

A propósito de esto, la epistemóloga Denise Najmonovich, (1995), sostiene que el mundo en que vivimos los humanos no es un mundo abstracto, un contexto pasivo, sino nuestra propia creación simbólica vivencial. Cada cosmovisión, sistema de ideas y creencias, cada paradigma ha nacido de la interacción intelectual, sensorial y afectiva de los seres humanos con el mundo, y de igual modo se transforma cotidianamente, según el rol que desempeña cada individuo.

En las ciencias sociales y de la salud, el paradigma se encuentra relacionado al concepto de cosmovisión. El término se utiliza para describir el conjunto de experiencias, creencias y valores que inciden en la forma en que un sujeto percibe la realidad y en su forma de respuesta. Esto quiere decir que un paradigma es también la manera en la que es entendido el mundo.

Aceptar el principio de incertidumbre que forma parte del método científico, colabora a una disposición creciente hacia el reconocimiento de la existencia de estos modelos paradigmáticos, y con ello a disminuir el sesgo que generan en la producción de conocimiento, a evaluarlos, a actualizarlos, a instrumentarlos.

En una perspectiva de procesos macro sociales que inciden sobre fenómenos sanitarios, este planteo habilita la pregunta acerca de cuáles son los mecanismos de producción de los modelos o paradigmas dominantes, y también sobre el papel que juegan los grupos económicos, las políticas públicas y los medios de comunicación sobre estos mecanismos. Más adelante se plantearán algunas reflexiones sobre este particular, a partir del caso de las estrategias utilizadas para afrontar la epidemia de sida.

2.2 Fundamentos para reflexionar sobre paradigmas y adicciones en el actual contexto

Los paradigmas inciden sobre la construcción de subjetividad individual, y condicionan el modo de ver el mundo de cada sujeto. Esto se observa por ejemplo, en los procesos de promoción del deseo de ciertos productos/valores/prácticas, ligados al auto concepto, mediante diversas estrategias de marketing que instrumentan paradigmas culturales a tal fin. En efecto, las personas se ven valiosas a sí mismas, en la medida que responden a ese patrón externo que han internalizado.

Al respecto, cabe destacar la definición Calidad de Vida de Organización Mundial de la salud, de 1994 como “la percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses. Se trata de un concepto subjetivo y de

extensión, que incorpora dimensiones relacionadas entre sí de forma compleja, como salud física, estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, entorno y religión.³ Según esta misma definición, la valoración que el sujeto haga de su propia calidad de vida, dependerá de los procesos de cognición que realice, dentro de los cuales, habrá algunos específicamente referidos a el fenómeno de las adicciones.

En el campo de las adicciones, durante los últimos años se ha observado una tendencia creciente a debatir sobre los “viejos” y los “nuevos” paradigmas, estableciendo sistemas valorativos que procuran legitimar o desacreditar ciertas perspectivas de análisis, en función de hipótesis no siempre basadas en la evidencia científica. Esta clasificación, favorece procesos de cognición a favor de lo que es presentado como “nuevo”, y de este modo condicionar los procesos de toma de decisiones individuales. Su planteo antinómico, no parece expresar un salto cualitativo producido mediante la aplicación del método científico. Por el contrario, observando la instrumentalización de los paradigmas en la construcción discursiva de ciertos actores sociales, podría plantearse si existe algún tipo de intencionalidad en las adjetivaciones “viejo”(calificación negativa) y “nuevo” (calificación positiva). En rigor, para acceder al principio de autoridad, se debería describir la fuente de dicha sentencia, el modo en que realiza el corte temporal, y fundamentar si aquello que propone como nuevo es beneficioso para que, para quienes y en qué circunstancias. También, para comprender esta clasificación, se observa la necesidad de considerar donde se usa o se ha dejado de usar uno y otro paradigma, en el caso de que lo viejo ya estuviera descartado. Ya finalizando el segundo decenio del siglo XXI, resulta interesante que quienes dicen promover nuevos paradigmas, en realidad solo continúan insistiendo con los mismos que surgieron en los 90”, asociados a la epidemia de vih/sida, y que demostraron ser muy funcionales a las diversas industrias asociadas al mercado de las sustancias adictivas, pero poco eficaces en términos de promoción de la salud. En casi treinta años, lo que se postulaba como nuevo, dejó de serlo. Sin embargo esta defensa en términos de militancia ideológica referida a ciertos paradigmas autopromovidos como ”nuevos”, opera como obstaculizadora de innovación. Este es el desafío de la época: avanzar en la construcción de encuadres capaces de entrar en diálogo con la multiplicidad de variables en juego, superando enfoques binarios, como el de la “guerra contra las drogas”, que puso en evidencia su debilidad para afrontar exitosamente esta complejidad.

En efecto, el fenómeno en estudio es complejo, multifactorial y dinámico, por lo que la tendencia hacia la polarización del análisis, lejos de alimentar la discusión propia de la ciencia, podría inducir a fragmentaciones, reduccionismos o simplificaciones contraproducentes.

Para retomar una perspectiva inclusiva, donde se pueda poner en juego esta mirada inclusiva, interpelada desde el pensamiento complejo, y ya advertida esta situación frecuente en el ámbito académico, profesional y político, propongo abrir la posibilidad de análisis no en términos “esto” o “aquello”, sino en términos de “esto” y “aquello” y otras posibilidades más, adquiriendo sentido según los objetivos y contextos de análisis.

³ Blanquer, S., (2015) pag. 5, Intervención psicológica en reinserción. 13 Edición Master de prevención y tratamiento de las conductas adictivas.

El caudal de las ciencias sociales, se expresa en la medida que sus postulados puedan ser revisados desde el mismo marco que les da sentido, y esto se convierte en fundamento de la reflexión sobre los paradigmas y marcos teóricos a partir de los cuales se diseñan estrategias de intervención en las áreas de prevención y tratamiento de las adicciones. La revisión y evaluación, es condición necesaria del pensamiento científico, y del accionar político responsable.

2.3 Implicancias nocionales específicas: fenómeno adictivo

El fenómeno adictivo se configura mediante la dinámica que se establece entre el sujeto, el contexto y el objeto con potencial de generar procesos adictivos y sostenerlos. Es importante destacar en este entramado conceptual a las dimensiones tangible e intangible que definen el contexto, ya que frecuentemente el análisis suele limitarse a la primera, desatendiendo el peso que tiene la segunda en cuanto componente simbólico con capacidad de establecer percepciones selectivas en individuos, y de este modo reforzar ciertas prácticas respecto de otras. En efecto, el fenómeno adictivo refiere a algo más abarcativo que un “problema de drogas” -objetos de consumo-, o lo referido como “políticas de drogas”.

Entendido como un fenómeno complejo y dinámico, lo paradigmático, operaría como uno de los aspectos intangibles del contexto. Según sean sus características, además de condicionar actitudes y prácticas, también facilitará cierto tipo de explicaciones y predicciones relacionados con todo lo asociado a este fenómeno. Estas, podrán ser funcionales a la salud pública y el bien común, tal como espera el conjunto social, o quedar atrapadas en lógicas que operan a la medida de algunos sectores.

2.4. Herramientas para facilitar la reflexión sobre procesos de construcción de conocimiento y paradigmas

Blanquer, S. (2015) sostiene que el termino cognición hace referencia al conjunto de actividades a través de las cuales procesamos la información que se nos transmite por diversas vías, y a partir de ella, construimos representaciones de la realidad y producimos conocimientos. El mismo autor, amplía su descripción, citando a Leyens y Codol (1988), para quienes la cognición puede ser calificada como social de 3 maneras:

- Cognición social: procesos cognitivos que se aplican a la comprensión del mundo social
- Cognición con objeto social: los procesos cognitivos tienen un origen social, se generan y se transforman mediante la interacción social.

- Como cognición con sujeto colectivo: nuestras creencias, concepciones y percepciones acerca de la realidad no se elaboran en solitario. Las adquirimos y desarrollamos mediante la conversación, el intercambio y el contraste con otros miembros de nuestros grupos sociales, y por tanto, las compartimos con ellos.

En el campo del fenómeno adictivo, circulan a modo de “paradigmas” con supuesta validación científica, conjuntos conceptuales que responden a distintas lógicas y objetivos condicionando de este modo las cogniciones de las personas. Al respecto, Megias et al. (1999), expresa que “la creciente penetración social de los consumos de drogas, la banalización de sus efectos, han provocado un cambio importante en las percepciones sociales del fenómeno observándose una reducción drástica de los niveles de rechazo de las mismas, su creciente aceptación (expresa o tácita) y su creciente normalización, en especial entre los grupos juveniles, aquellos que de forma directa o indirecta están familiarizados con su presencia.”⁴

Esto que es presentado en términos “paradigmáticos”, también está siendo introducido en el campo discursivo con el siguiente enunciado “el consumo de drogas está instalado culturalmente”. El uso de este enunciado conduce a distintas conclusiones según como se lo contextualice. El hecho cultural es una construcción colectiva, en términos de cognición con objeto social, siguiendo a Leyens y Codol. Por tanto, en un enfoque socio sanitario, siempre se incluyen las alternativas de construcción de nuevas prácticas que interpelen el consumo de drogas. Asimismo, teniendo en cuenta el rol del mercado en la construcción cultural contemporánea, esta interpelación supondrá también el modo en que este avanza sobre el entramado socio institucional, donde los posicionamientos teóricos y políticos tendrán un rol de gran importancia. Sin embargo, otras perspectivas que excluyen esta dinámica de construcción simbólica, refugiadas en un pragmatismo que obtura estos procesos, introducen el riesgo de operar como encuadres en extremo funcionales a aquellos que vienen dominando la construcción cultural dictada desde los mercados para favorecer los consumos de sus producciones.

A continuación, se describen dos herramientas con capacidad de aportar claridad al análisis del rol de la percepción en la construcción del conocimiento: la metáfora del zoom y las Lentes de Beliefs (LB).

2.3.1 . La metáfora del zoom

La “administración” del sesgo que supone reconocer como operan los paradigmas sobre la construcción de conocimiento, encuentra un soporte en la “metáfora del zoom” de Denisse Najmonovich (2003). La misma consiste en un dispositivo cognitivo multidimensional que implica “un estilo de indagación y de presentación que gracias a la movilidad y el ajuste permanente de los parámetros de visualización permite componer un paisaje cognitivo pleno de relieves sin correr el riesgo de la dilución o la

⁴Citado por Sanchez de Pardo, L. (2015) p. 2, Elaboración de programas de inserción social en adicciones pag. 2. 13 Edición Master de prevención y tratamiento de las conductas adictivas

fragmentación... permite un sistema de enfoque plural y heterogéneo. No solo funciona como “lente” sino que produce diferentes tipos de *luz* que llevan a la visibilidad distintos objetos o procesos.”

La autora agrega que somos siempre parte de la red que pretendemos conocer, y la forma de nuestra interacción en/con ella es la que la hace emerger de una manera específica. Najmonovich (2006)

2.3.2. Las Lentes de Beliefs (LB)

La metáfora del zoom procura facilitar el registro de una realidad cuya complejidad se amplía según la perspectiva desde la que se observa, incluyendo más o menos variables, y facilita la toma de conciencia de lo que se activa en cada proceso de aproximación a cuestiones específicas. De modo complementario, el constructo denominado “Lentes de Beliefs” (creencias), procura aportar al registro de otros procesos que también generan sesgos en la percepción. Según Richard, G (2010), este dispositivo propone registrar la subjetividad no siempre expresa, desde la cual investigadores, profesionales y analistas diseñan instrumentos, los aplican, generan conclusiones y construyen el conocimiento que orienta prácticas profesionales y políticas públicas.

Aún sin participar en este proceso activo, cada individuo, en su historia personal, a través de sus propias cogniciones, naturalmente va desarrollando su particular forma de mirar el mundo que condiciona su estilo de vida, y de la cual puede ser más o menos consciente. Sin embargo, el rol social que desempeñan los especialistas reviste un nivel de responsabilidad diferenciado, que requiere un esfuerzo especial para obtener los mejores aprendizajes a partir del reconocimiento de estas dinámicas. Algunos autores denominan este proceso “disociación instrumental”.

Agrega la autora que la metáfora de la *Lente*, a modo de aporte a al registro de esta complejidad, colabora en tanto juego simbólico de sacar, poner e intercambiar el instrumento que permite adoptar distintas miradas, facilitando diversas hipótesis acerca de un mismo fenómeno, y permitiendo cursos de acción alternativos. A modo de ejemplo, podemos considerar el modo en que se pueden observar los procesos de cambio que requieren las estrategias preventivas, cuando se “mira” a través de unas LB salubristas, y cuando se lo hace desde unas LB del déficit o daño. A propósito de esto, Goolishian, (1991) dice que “el lenguaje del déficit creó un mundo de descripciones que solo comprende lo que está mal, lo que falla, lo que está ausente o lo que es insuficiente, donde la salud mental comparable a un agujero negro del que es muy difícil escapar...un sistema de significados cuyas fuerzas son tan poderosas que es imposible huir de él hacia otras realidades.”

Además de advertir los beneficios de enfocar también lo saludable, los recursos, lo que funciona, la posibilidad de advertir el contraste entre las miradas posibles a través de las distintas lentes, contribuye a una perspectiva ampliada, más reflexiva sobre los sesgos propios de cada una de ellas. Este tipo de perspectiva, que incluye diversos tipos de LB, es necesaria para realizar los reencuadres que requieren las estrategias de cambio, tal

como lo propone la teoría binocular del cambio de De Shazer(1987). Esta se atiene a la noción de Bateson según la cual dos (o más) descripciones de los mismos procesos suministran una mayor profundidad y con ello puede iniciarse un proceso de cambio. El poder incluir entre las LB disponibles, aquellas que contribuyan a identificar procesos de cambio, tiene una relevancia central en el diseño de estrategias eficaces para abordar temas complejos, en los que suelen producirse estancamientos e incluso retrocesos.

3. Devenir histórico y desarrollo de paradigmas

El pensar las cogniciones y los paradigmas que de ellas devienen, como objeto social o sujeto colectivo, contribuye al análisis de procesos sociales en cuya dinámica se han producido algunas representaciones que operan configurando el fenómeno adictivo. Consideraremos a tal fin la epidemia de VIH/sida. Con este análisis también se podrá avanzar en el análisis acerca de cómo esta dimensión simbólica repercute de modo decisivo sobre el hacer en términos individuales y colectivos.

El problema que plantea esta enfermedad aún no está resuelto, y la situación actual presenta renovados desafíos. No obstante, transcurridos más de 35 años desde que se inició esta epidemia, el paso del tiempo permite observar algunos resultados de distintas estrategias que se usaron para afrontarla, respondiendo en mayor o menor medida a paradigmas previamente definidos. Dicha historicidad también contribuye a la reflexión sobre cómo impactó en el imaginario colectivo y en los mecanismos de salud pública. Se intentarán algunas aproximaciones a este amplio campo de investigación.

Las estrategias mencionadas se estructuraron torno a tres ejes: promoción de las medidas preventivas, -especialmente el uso del preservativo (condón) -, la detección temprana de la infección, y provisión de descartables para reducir la transmisión del VIH entre personas que comparten jeringas para consumir drogas.

Cuatro actores sociales fueron los protagonistas en el proceso destinado a controlar la epidemia: entes gubernamentales, agencias internacionales, organizaciones de la sociedad civil y empresarios (fabricantes de preservativos, descartables, reactivos y medicamentos). Claro está, los avances de la ciencia, hicieron y siguen haciendo grandes aporte en las áreas de diagnóstico y tratamiento. Cada uno desde su lugar, hizo posible que el tema se instalara en la agenda pública, y la sociedad comprendiera de qué se trataba el problema, y comenzara a desarrollar un cambio de actitudes y prácticas.

De la primer estrategia (prevención primaria), resultaron leyes de educación sexual integral, (cuya aplicación aún es incompleta), y el reconocimiento del mercadeo social para el uso del preservativo. Téngase en cuenta la magnitud del cambio operado, a partir de que, por ejemplo, en los 80 no era imaginable que se vendieran preservativos en supermercados, que se promocionaran por la televisión, ni que se entregaran gratis en centros de salud. Pese a que el uso del preservativo aún no es una práctica masiva, la diferencia es notable. Un aspecto destacable de este proceso, es que tras la iniciativa de las campañas preventivas promovidas por entes gubernamentales y agencias internacionales para promover el uso de métodos de barrera, con el paso del tiempo, estas fueron cediendo terreno. Sin embargo, esta ausencia no generó grandes conflictos

dado que y ganaron protagonismo las empresas dedicadas a la fabricación de preservativos, con sus propias campañas de marketing. Este fue un resultado tal vez no previsto por algunos, pero fundamental en el sostenimiento de las actitudes y prácticas que el control de la epidemia requiere, con el que gana la sociedad, y ganan las empresas.

Esta estrategia, junto a la de promover la detección temprana (prevención secundaria), destacan el valor de la prevención. Precisamente, donde mejor se ha controlado la epidemia, es en la transmisión de madre a hijo, donde por ley, a las mujeres embarazadas se les realiza el test de vih, y en caso de resultado positivo, se provee de medicamentos para evitar la transmisión.

Con los resultados obtenidos, donde se ha logrado frenar la expansión del virus, se ha podido evitar también el gasto en medicamentos que un tratamiento crónico requiere, lo que ha sido también un gran estímulo para las políticas sanitarias. Aquí, los laboratorios reorientaron sus inversiones en reactivos para detección, y en medicamentos más accesibles, con rentabilidad asegurada. En este caso, también ganó y gana la sociedad, y también las empresas.

Con respecto a los actores que tuvieron protagonismo, la participación activa del colectivo gay, comprometido en la difusión de medidas preventivas, hizo que la transmisión del virus entre parejas de personas del mismo sexo, iniciara una curva decreciente, aumentando entre parejas heterosexuales, entre las cuales no se había instalado aun la percepción del riesgo con la consiguiente adopción sistemática de medidas preventivas. Esta dimensión de las estrategias preventivas merece una consideración especial: gran parte del impulso que tomo la campaña de prevención a nivel mundial, se debió al trabajo “corporativo” que realizaron las comunidades gay, aprovechando este problema como una oportunidad no solo para cuidar y promover la salud entre pares, sino también para plantear sus derechos civiles y contribuir a la aceptación social. Este tipo variable de orden motivacional merece ser tenida en cuenta y valorada durante el armado de estrategias de prevención. En este caso, gano el colectivo gay, y también gano la sociedad.

Por el contrario, analizando la otra estrategia utilizada para frenar la epidemia, la provisión de material descartable y/o metadona en pacientes consumidores de drogas por vía intravenosa, pese a haber colaborado al control social de personas que estaban en situación de marginalidad total y no se acercaban al sistema de salud, con la perspectiva que otorga el paso del tiempo, no parece haber aportado resultados en la misma escala que aquella de modalidad preventiva. Debido al gasto que supone el contar regularmente con los insumos que esta práctica asistencial requiere (pues es muy baja la tasa de recuperación de los pacientes adictos a drogas inyectables bajo este tipo de tratamiento), esta estrategia no ha puesto en evidencia su capacidad para generar opciones de preferencia a la hora de decidir sobre las inversiones para acciones masivas en materia de salud pública. Es posible que pudieran ser inevitables para contener casos extremos, pero no precisamente para replicar a gran escala. En efecto, algunos autores se refieren a este tipo de práctica como aquellas en las que autoridades sanitarias solo confían en el “cebo” de la metadona para “cazar” a nuestros heroinómanos (Luque y

García, 1998)⁵. Sin embargo, cuando este mecanismo de control no se complementa con intervenciones que promuevan al sujeto para que supere su dependencia al consumo de drogas, el tratamiento sustitutivo se convierte en una nueva carga para el Estado, y tal vez, en un yugo para usuario. En este caso, parecen ganar más las empresas proveedoras, y parcialmente, un grupo social con características particulares, pero no está clara la ganancia de la sociedad en su conjunto que a través de hechos concretos, los interpreta como reforzadores positivos de ciertas prácticas que no parecen ser saludables, y menos aún ejemplares.

El que la sociedad en su conjunto, uno o algunos grupos que la integran registre como “ganancia” una determinada práctica, hará que esto opere motivacionalmente de modo positivo, contribuyendo a su sostenimiento a partir de un circuito que se retroalimenta. En consecuencia, poder identificar y procurar instrumentar estas variables colabora a la economía de recursos.

Precisamente, retomando el planteo inicial y en reconocimiento de las variables que operan en el orden de lo motivacional, de los 4 actores intervinientes en la epidemia de vih/sida, los ligados al mundo empresario (formal e informal), parecen haber tenido y tener aun hoy un rol fundamental en el modo en que se configura la estrategia de abordaje de la epidemia. En la perspectiva de las ganancias que se generan, es la misma retribución económica la que funciona como incentivo que dinamiza dichas estrategias. Esto es observable tanto en el desarrollo de abordajes terapéuticos y preventivos, como en aquellos del tipo de reducción de daños. En el primer caso, el incentivo de su accionar estuvo dado por el posicionamiento esperado de sus productos comerciales: preservativos, geles, reactivos para detección, medicamentos específicos para el tratamiento. En el segundo, el incentivo respondía (y aún responde) a la colocación de materiales descartables y medicamentos para terapias sustitutivas.

En una perspectiva sistémica, emerge como relevante el rol de estas variables dependientes de los grupos económicos, como condicionantes y predictoras de la configuración de cogniciones sociales, que luego inciden de modo más o menos explícito en la selección de las estrategias de abordaje a nivel profesional y/o institucional.

Actualmente, nadie duda de las ventajas de la prevención del VIH, en el uso del preservativo a tal fin, y de la detección temprana de la infección como principales estrategias, donde es factible advertir como operan los actores sociales mencionados, aun prescindiendo del rumbo que tuvieran las políticas gubernamentales. Sin embargo, lo relativo a la reducción de daños, por ser una estrategia circunscripta a lo paliativo, los beneficios que opera a modo de ganancia lo son para sectores sociales de magnitud reducida, y no podrían constituirse en línea directriz de una estrategia de carácter general. Es en estos términos, donde se ubica esta línea de acción, de manera secundaria, tras la meta del cuidado de la salud mediante la promoción de prácticas saludables, que actualmente también se hacen extensivas a otras infecciones de transmisión sexual.

⁵ Citado por Palomares Alcoriza, J.V. (2015) la inserción social del drogodependiente a través de los tratamientos complementados en UDR. 13 Edición Master de prevención y tratamiento de las conductas adictivas.

Finalmente, cabe destacar el rol que tuvieron en este proceso las agencias internacionales en la promoción y armado de políticas locales, con participación de organizaciones de base. Tal es el caso de ONUSIDA, que mediante convenios con los gobiernos naciones, insto al armado de programas específicos y financiamiento de proyectos mixtos, que integraban organizaciones gubernamentales y no gubernamentales. Sin esta acción conjunta, liderada desde políticas públicas integrales que supieron subordinar el rol de los mercados, el éxito frente a la epidemia no hubiera sido posible.

3.1. De la epidemia de VIH/sida a la de las adicciones

En una perspectiva epidemiológica global, el acuerdo mundial para afrontar el problema de las adicciones se muestra más fragmentado que organizado. De hecho, no se observan agencias internacionales con capacidad de guiar un esfuerzo mundial y de apoyar económicamente proyectos preventivos tal como en su momento lo hizo ONUSIDA. Sin embargo, en los últimos tiempos se ha observado la creación de organizaciones internacionales con financiamiento privado, tales como la Open Society Foundation. Estas se dedican a apoyar proyectos de advocacy (incidencia legal y de opinión sobre grupos de poder político) globales y otros de tipo locales con la perspectiva de alentar la libre circulación de drogas y la reducción de daños, que son funcionales a los mercados que las promueven. El caso de Uruguay, primer país del mundo en legalizar la producción y consumo de la marihuana, opera como laboratorio social en este sentido. Si se presta atención a los movimientos económicos que suelen acompañar las estrategias de abordaje globales, habrá que observar cual es el origen de los fondos con los que estas organizaciones se mueven.

En general, los programas de reducción de daños actualmente vigentes, se inspiran en el caso de la epidemia de VIH/sida, y en algunos lugares, se observa una tendencia a la ampliación de su alcance desde los pacientes heroinómanos, hasta los consumidores de cocaína, marihuana, éxtasis, alcohol, etc. Resulta particularmente interesante observar la correlación entre 2 variables que favorecen esto: el desarrollo de sistemas teóricos que propician cogniciones funcionales al consumo por un lado, y la presencia de intereses económicos de sectores proveedores de la metadona, descartables, y de todas las otras sustancias psicoactivas.

También operó como hecho propiciatorio de una buena acogida de esta modalidad de abordaje por parte de algunas instituciones, la reducción de las exigencias a las que estaban sometidos los profesionales de la salud, al establecer objetivos intermedios para el tratamiento (inclusión de umbrales bajos o intermedios de tratamiento), que en muchos casos, pasaron a ser la misma meta terapéutica, a justificar su falta de eficacia o aunque resulte arduo admitirlo, los hábitos de consumo de los mismos profesionales que en algunos casos tienen participación en estas acciones.

Esta tendencia debilita iniciativas de investigación e innovación necesarias en contextos sociales cambiantes, y expande hacia el entramado social en su conjunto, un plano referencial simbólico de lo esperable en relación a prácticas de consumo, que

entra en conflicto con lo es necesario se promueva para prevenir actitudes y prácticas adictivas.

Esta situación se torna más problemática debido a que la aplicación de estrategias preventivas en la perspectiva de capital social asociado a prácticas saludables libres de procesos adictivos, a diferencia del caso de la epidemia de VIH/sida, no es respaldada por ningún sector social con intereses económicos inmediatos, que pudieran beneficiarse de modo directo con los resultados de la prevención. Es claro que la sociedad en su conjunto es la que se beneficia con una menor incidencia del fenómeno de las adicciones. Sin embargo, como el resultado es intangible de modo directo en términos de indicadores cuantitativos y/o económicos, las políticas públicas deben hacer ellas mismas una inversión de mediano y largo plazo para lograrlo. Las arcas empobrecidas de muchos entes gubernamentales, suelen resistir la priorización de políticas preventivas, con lo cual, su capacidad de incidencia no siempre está a la altura de los desafíos que supone confrontar con los grupos de poder apoyados en los enormes beneficios económicos que genera el mercado de las drogas y otros productos comerciales con potencial adictivo tales como los juegos de azar.

Ellos tienen una clara visión estratégica, y además de obtener resultados inmediatos, desarrollan acciones cuyos resultados emergerán en el mediano y largo plazo, ampliando sus mercados y aumentando las ganancias que mueven el círculo virtuoso de producción, consumo, inversión.

Entre estas acciones, las que se han mencionado más arriba denominadas “advocacy”, incluyen el armado de sistemas conceptuales que guíen procesos de decisiones favorables a los intereses económicos de quienes invierten en productos con capacidad de generar adherencia a su consumo, que es similar a hablar de dependencia a los mismos. Algo propio de los procesos adictivos. Estos sistemas conceptuales, sean presentados como tendencias, paradigmas nuevos o simples modas, tienen por principal fundamento, consolidar y ampliar mercados. Los mercados, no siempre tienen en cuenta el bien común y el capital intangible que requieren los desarrollos sociales sustentables.

Cabe aclarar que esta situación, también está condicionada paradójicamente, por una tradición asistencialista que no logra incluir el valor de la prevención en términos sociales y económicos, debido a que los beneficios que esta supone son contrarios al vínculo con potencial electoral que deviene del desarrollar una posición benefactora en términos paternalistas. Para los enfoques cortoplacistas es más redituable asistir, y construir poder desde la asimetría que se garantiza con la existencia del que necesita ser asistido, que alentar el poder colectivo que surge desde el ejercicio del derecho a la salud, que garantiza la inclusión social en el corto, mediano y largo plazo.

4.Paradigmas, sistemas y salud: el enfoque salubrista

Las estrategias de abordaje que se estructuran solamente en torno a aquello que funciona mal o se encuentra dañado, tienden a generar la percepción de que hay que invertir un quantum de energía especial para poder resolverlo, y no registran otros

puntos de apoyo a partir de los cuales entretejer las modificaciones necesarias para mejorar la calidad de vida. Este principio ordenador desalienta la iniciativa, y cercena resortes motivacionales.

Por el contrario, cuando desde una mirada de la complejidad pueden advertirse como partes constitutivas del mismo fenómeno recursos y factores con potencial salutogénico, se activan variables que impulsan el cambio y tienden a sostenerlo con un esfuerzo proporcionalmente menor. El enfoque salubrista, apela a esta posibilidad, que genera una plataforma motivacional consistente e integradora de recursos individuales y colectivos, presentes aún en personas que desarrollan procesos adictivos. La tracción que generan los mecanismos de placer vinculados a procesos saludables, es competitiva respecto de los procesos compulsivos cuya existencia depende de estímulos externos, por lo que las estrategias que reconocen los primeros, tienden a subordinar progresivamente el desarrollo de los segundos.

No obstante, este desarrollo requiere una perspectiva amplia, que aplique un *zoom* de gran alcance, inclusivo de diversas dimensiones que atraviesan al fenómeno adictivo, y una mirada diferenciada, a través de unas LB de salud, entendida ésta como dinámica vital que promueve una relación armónica entre el individuo y su ambiente de modo sustentable.

4.1. Miradas complejas para un fenómeno complejo

Para gestionar la complejidad, conjugaré el enfoque sistémico con el enfoque salubrista tal como los autores proponen a continuación:

Senge (1992) dice que el enfoque sistémico es el resultado de ligar fenómenos que pueden describirse por separado, pero que para ser entendidos necesitan de la descripción y comprensión del contexto en el cual se desarrollan y se aprecian las consecuencias.

Por otra parte, acerca del paradigma salubrista Saforcada, E.(2009), sostiene que “Es muy dificultoso, por no decir imposible, trabajar desde las miradas dualistas y mecanicistas en protección y promoción de la salud, porque esa posición reduccionista desemboca en tener en cuenta solo el daño ya instalado o próximo a desencadenarse. El paradigma cartesiano newtoniano es la columna central del mercado de la enfermedad. Y agrega: “El pensamiento sistémico me ha brindado una posibilidad de comprensión mucho más amplia de los fenómenos vinculados con la vida y su desenvolvimiento y, sobre todo, que los procesos de la vida son esencialmente positivos, el estado natural de los seres humanos es el de salud e inclusive en situación de enfermedad, por grave que sea, está siempre presente el potencial de salud cuya activación es mucho más eficaz para la cura que atacar solo y directamente al enfermedad. Pero claro... la salud no genera el inmenso lucro que si permite generar la enfermedad”.

Como alternativa al modelo dualista tradicional, que privilegia la asistencia del daño, el enfoque salubrista promueve el desarrollo y activación de factores salutógenos, tanto para consolidar procesos saludables como para facilitar aquellos que requieren cambios, cuando el proceso vital está atravesado de crisis con origen en alguna de las

dimensiones de lo humano. Estos factores salutógenos, son claves para el desarrollo de procesos salugénicos, capaces de contrarrestar los procesos adictivos que sostienen y expanden el funcionamiento las industrias (tabacalera, farmacéutica, vitivinícola, cannabica, etc) dedicadas a la producción de sustancias que pueden ser de venta legal o ilegal según el territorio donde se comercialicen.

Acerca de los factores salugénicos:

Los factores salugénicos emergen como figura del fondo complejo entretejido por múltiples variables que configuran los fenómenos vitales. Cuando el encuadre simbólico usado para analizarlos es de tipo bélico, la configuración toma un formato binario, solo se identifican riesgos y diversos mecanismos de protección frente a dichos riesgos. En términos motivacionales, este encuadre no expresa la complejidad que tiene lugar en el desarrollo de procesos salugénicos. En ellos domina el temor a todo lo peligroso que puede ocurrir, con lo que se activan mecanismos de huida, más débiles que aquellos impulsados por deseos y expectativas de logro.

Desde un enfoque en clave salubrista, observando procesos vitales diversos, se advierte la funcionalidad de diversos factores que podrían ser calificados como de riesgo a favor de crisis evolutivas que han favorecido la maduración del individuo, incluyendo en muchos casos transformaciones satisfactorias de su entorno. Por este motivo, su denominación en tanto “factores de riesgo” en tanto variables negativas para el desarrollo, habilita un espacio a la interpelación de los sentidos otorgados.

Este renovado sentido asignado a ciertas circunstancias vitales, también pone en tela de juicio ciertos factores considerados de protección de modo estandarizado, pero que pueden no cumplir esa función en procesos vitales particulares.

Asimismo, en relación a la presencia de factores de protección como garantía de salud, en el supuesto de que esto ocurriera linealmente, su la persecución para reunirlos/desarrollarlos como escudos protectores, por su misma definición estaría legitimando el supuesto de que quien atraviesa los ciclos vitales deberá vérselas de continuo con numerosos peligros, y debe estar preparado para defenderse de estos.

El foco puesto en el desarrollo de factores salugénicos y la activación de mecanismos de resiliencia, opera de motivacionalmente con mayor eficacia, en lo relativo a las competencias de afrontamiento necesarias para desarrollar procesos salugénicos con capacidad de sobreponerse a los de tipo adictogénico o patogénicos en general. Téngase en cuenta que estos últimos suelen estar alentados desde los contextos culturales actuales, que cuentan con destrezas muy desarrolladas para generar la confusión en la población general aportando mapas nocionales funcionales a tal fin. Poder naturalizar lo problemático a fin de aumentar la tolerancia a la frustración frente a los problemas que sin inherentes a la esfera de lo humano, es necesario para disfrutar todas las oportunidades que ofrece la vida, procesos de maduración mediante.

5.Paradigmas, contextos y cambio

Hacia finales del siglo XX e inicio de XXI, se fue avanzando en la identificación de modelos teóricos o paradigmas vinculados al tema adicciones. Estos aportes, aplicados a situaciones y contextos específicos, permitieron algunos avances a nivel conceptual, especialmente en la perspectiva de enfoques que requerían mayor complejidad de análisis, e integración de variables.

En este sentido, la denominación de estos paradigmas o modelos, no obstante el aporte a nivel pedagógico que supuso su identificación, generó un efecto no deseado al fragmentar los análisis posibles, y las estrategias de abordaje que de ellos pudieron desprenderse. A su vez, esto impactó en el nivel de eficacia de las mismas. A modo de introducción a este tema, a continuación se presenta el análisis de la clasificación propuesta por Touze, G. (2005) la que, según evidencias obtenidas de su aplicación, se ha observado que es más funcional al pragmatismo de mercado, librado a los juegos de oferta y demanda, que al desarrollo de políticas de salud pública integrales.

Posteriormente, se desarrolla el modelo teórico actualmente en uso y propuesto como alternativa de eficacia probada para abordar el fenómeno adictivo. Esta supone el desarrollo de complejidad y capacidad de adecuación a un contexto marcado por cambios acelerados, frecuentemente condicionados por presiones de ciertos grupos económicos. El modelo en cuestión, reconoce múltiples dimensiones y comprende su interdependencia, por lo que denomina Multidimensional Integral Salubrista (MInS). Su complejidad, también contribuye a abrir campos donde poder evaluar y actualizar su aplicación, por lo que no se presenta como algo acabado y cerrado en sí mismo, sino como un aporte para la construcción dinámica continua.

El MInS no se conjuga con aplicaciones simplistas, que suelen ser muy bien acogidas en una sociedad habituada a respuestas rápidas y explicaciones en términos de todo o nada, fáciles de enunciar y comprender. Estas, al reducir el número de variables estudiadas, o fragmentar su análisis, obturan procesos fundamentales que los cambios propuestos requieren. Por su parte, los enunciados del MInS son congruentes con premisas básicas de salud pública, educación y culturas ancestrales, por lo que cuando esto se expresa y experimenta, su apropiación por parte de la gente con la que se trabaja, ocurre de modo sencillo y sustentable.

El MInS también se nutre del modelo ecológico de Uri Bronfenbrenner (1917-2005) que opera sinérgicamente con los lineamientos de la ecología global actual. Pese a que a nivel popular se demora la asimilación del factor humano como dimensión integrante del campo ambiental bajo la creencia de que se limita a la interdependencia entre fauna, flora, geografía y recursos minerales entre otros, este es constitutivo del complejo ambiental y prontamente será asumido como tal. El rol del ser humano en el macro sistema no solo está dado por el uso que hace del agua y la energía, por ejemplo, sino de las industrias que promueve con los consumos que elige hacer, y el modo en que las mismas impactan sobre el ecosistema. Asimismo, un entramado vincular cuyo

funcionamiento está entorpecido por el malestar que deviene de los efectos que producen las sustancias psicoactivas en el funcionamiento cerebral de los individuos, tiene innumerables inconvenientes para tomar responsabilidades para el cuidado del sistema ecológico del que es parte. En síntesis, movimientos ecologistas genuinos, habrán de promover de modo consistente lo relativo a la prevención del consumo de sustancias adictivas, y convertir en tendencia todo lo concerniente al desarrollo saludable sostenible.

Finalmente, es necesario tener en cuenta que el MInS, por tratarse de un modelo integral, no sentencia valorativamente enfoques específicos, sino que reconoce en cada uno de ellos variables con capacidad de configurar la dinámica del fenómeno adictivo. Esto contribuye al entendimiento que facilita procesos salutógenos, así como diversos reencuadres necesarios para diseñar estrategias de cambios preventivos y terapéuticos, en un mundo en transformación continua.

6. De lo Multidimensional, a lo Integral Salubrista

El modelo Multidimensional Integral, resulta del estudio de los efectos prácticos registrados con la aplicación de la clasificación de distintos modelos teóricos, generalmente ligados al establecimiento de bajos niveles de expectativas respecto del cambio y los beneficios que este puede generar en la medida en que las expectativas favorables se incrementan. La motivación que deviene de esta variable, condiciona los resultados de abordajes terapéuticos y preventivos de las adicciones. La perspectiva salubrista, facilita una mejor instrumentación de la diversidad de recursos disponibles al recuperar la noción de lo saludable en los procesos vitales, y colaborar al desarrollo motivacional que requieren los cambios esperados en este sentido. Con este encuadre facilita el registro de procesos y factores salugénicos, fundamentales para la comprensión de los complejos fenómenos vitales que encuadran los procesos adictivos.

Para comprender el entramado nocional del que proviene el modelo multidimensional integral para integrar las nuevas tendencias, consideraremos la clasificación propuesta por Touze (2003) y los principales supuestos en los que se apoya, para luego hacer un juego de enfoques, reflexionar sobre la complejidad del fenómeno adictivo bajo la mirada de las LB salubristas, y finalmente, contribuir a la descripción del MInS, según 9 campos que se entrelazan en la configuración de dicho fenómeno.

La clasificación que realiza esta autora distingue 7 campos del fenómeno, definidos según ejes estructurantes específicos: ético jurídico, médico sanitario, psico social, socio cultural, multidimensional, reducción de daños y riesgos, geopolítico estructural. Estos se describen brevemente a continuación. Según se analizará, Touze realiza una valoración de cada uno de ellos por separado, de tipo negativo, a excepción de aquellos que denomina multidimensional y de reducción de daños, con lo que se evidencia un sesgo que limita posibilidades de análisis, de estrategias de abordaje y de evaluación. Es interesante observar las breves definiciones de algunos conceptos, y los desarrollos

valorativos que atraviesan algunas de ellas, posiblemente en concordancia con la intención argumentativa global de la autora.

Las consideraciones que se presentan a continuación tienen por objetivo invitar al registro de dicho sesgo para que la construcción teórica se pueda expandir hacia los campos que no se han tenido en cuenta y ampliar las posibilidades de eficacia tanto en prevención como en tratamientos de problemas por consumos de drogas.

Touze, describe los 7 modelos que identifica según entiende que la persona, la droga y el contexto son definidas por cada uno de ellos.

.1.Ético jurídico

Persona: Es considerada víctima de la sustancia. El consumidor de drogas ilícitas es caracterizado como transgresor/delincuente

Droga: Considera las drogas ilícitas como causantes del problema drogas

Contexto: Lo social impone una norma definiendo lo bueno, normal y deseable. Lo que se aparta de esa definición es considerado como desviado y debe ser reencauzado hacia la normalidad o eliminado. Las acciones preventivas se orientan al control de la producción, comercialización y consumo de sustancias ilícitas.

.2.Médico sanitario

Persona: Introduce el concepto de enfermedad; interesándose por los grados de vulnerabilidad de una persona. Tiene en cuenta los factores de riesgo y define a los niños y jóvenes como personas vulnerables

Droga: es considerada el agente que se introduce en la persona infectándola y enfermando así el contexto la torna vulnerable

Contexto: los factores de riesgo, la tolerancia social y la facilidad de acceso a la sustancia

.3.Psico social

Persona: Considera a la persona como protagonista en la interacción sustancia/persona /contexto

Droga: No distingue entre drogas lícitas e ilícitas, ni entre sustancias más o menos tóxicas, sino que tiene en cuenta las cantidades, frecuencias y modalidades del consumo

Contexto: considera la influencia que ejercen las personas o grupos a través de las relaciones que tienen con el sujeto

.4. Socio cultural

Persona: las condiciones socio culturales, económicas y ambientales de las personas condicionan los consumo de drogas

Drogas: ´tienen importancia según el valor que una determinada sociedad les asigna

Contexto: es en las características de la sociedad donde deben buscarse las causas del consumo de drogas (ej. El consumismo)

.5. Multidimensional

Persona: explica el consumo de drogas de una persona en base a la relación que adquiere con una sustancia, en un contexto específico. Interpreta que el riesgo depende de la habilidad que el sujeto posee para *vincularse* con la droga que consume.

Droga: es considerada como un elemento material, como un objeto

Contexto: Enmarca e influye en la relación que se establece entre sustancia y objeto.

.6. Reducción de daños y riesgos

Persona: reconoce que las personas se ven atraídas por las drogas y van a experimentar con ellas a pesar de la prohibición por eso se centra en atender los riesgos asociados al consumo de sustancias y no en prevenir el mismo.

Droga: considera la presencia de drogas en la sociedad

Contexto: tiene en cuenta las características de la sociedad de consumo. No describe las variables que provienen de la familia y las políticas públicas.

.7. Geopolítico estructural

Droga: vista como mercancía. Se acentúan los determinantes estructurales de su consumo. Toma como punto de partida la ineficacia que han demostrado los modelos preventivos importados de los países denominados del “primer mundo” y el entender que no se pueden obviar las características específicas latinoamericanas como elementos fundamentales para comenzar a pensar en cómo resolver el problema del consumo de drogas en nuestro contexto (Argentina).

Marco geopolítico de América latina como responsable de las peculiaridades del problema del consumo de drogas. Para este modelo, el contexto no es sólo el ambiente individual, familiar y comunitario, sino toda la sociedad con sus factores, cambios y contradicciones. Establece la asociación entre la “guerra contra las drogas” y la “guerra contra subversión”.

Supuesto: el consumo de drogas y el narcotráfico como un fenómeno global consustancial a las circunstancias que crean y mantienen el subdesarrollo y propician la dependencia de los países latinoamericanos

7. Acerca del modelo Multidimensional Integral Salubrista:

El modelo en estudio, desde una perspectiva sistémica, reconoce diversos focos de observación invitando a aplicar el zoom sobre cada uno de ellos, sin olvidar el **conjunto**. Asimismo, favorece una mirada ampliada, inclusiva de lo saludable, mediante el uso de LB de salud y salugénicas que permiten dar cuenta de la génesis y mantenimiento de procesos salugénicos que se pueden ser atravesados por prácticas vinculadas al consumo de sustancias adictivas y diversos procesos adictivos.

De este modo, MInS encuadra al fenómeno adictivo, aun con todos los trastornos que abordará preventiva o terapéuticamente, en un campo extenso donde tienen lugar vínculos y procesos saludables, además de los de tipo adictogénico. Este encuadre identifica las variables provenientes del sujeto, el contexto y el objeto, y como rasgo distintivo, suma el reconocimiento de la dinámica que se establece entre ellos donde el contexto adquiere un protagonismo en la configuración de dicha dinámica, siguiendo bases de la Teoría Ecológica de Bronfenbrenner.

Este encuadre desempeña una función estructurante e integradora de las múltiples dimensiones que configuran el fenómeno adictivo como tal y en consecuencia, facilita el reconocimiento, desarrollo y gestión de los recursos disponibles como parte de las distintas estrategias para su abordaje:

1. En un mundo de contextos en permanente cambio, los paradigmas científicos contruidos desde la mirada sistémica y el pensamiento complejo, facilitan la integración de diversas perspectivas, generan dispositivos de mayor plasticidad y por tanto, más eficaces. Estos reconocen procesos antes que hechos aislados e invitan a realizar planteos superadores de los enunciados centrados en el objeto, el daño o la enfermedad definidos linealmente a partir de uno de los campos, relegando la integración de los otros. Ejemplo de ellos son los identificados política de drogas (centrada en el objeto, desplazando el rol de contexto y del sujeto) , abordaje de drogodependencias o enfoque de reducción de daños (centrados en el proceso cuando ya es patológico o está dañado).
2. Ofrece la perspectiva de derechos, con atención al derecho a la salud que se refleja en las políticas de salud pública, facilitando la comprensión del fenómeno que incluye por igual a las personas que desarrollan procesos adictivos –egodistónicos o egosintónicos- y a las que no los han desarrollado aún, como parte del mismo entramado social a ser abordado. La perspectiva de derechos, relativa a las políticas públicas, contribuye a una escala de cobertura ampliada, que trasciende el caso individual o familiar, hasta llegar a lo global. Para esto, toma en cuenta los Objetivos de Desarrollo Sostenible propuestos en 2015 por la Organización de Naciones Unidas.

Este enfoque de salud pública reconoce a la salud como bien público, y a la sociedad en su conjunto (donde el porcentaje de las personas que no consumen es mayor a las que si lo hacen, entendiendo que estas prácticas son aprendidas según contextos que las propician) como beneficiaria de las políticas públicas destinadas a abordar el fenómeno adictivo. Asimismo, admite que es frecuente el uso del concepto de salud pública desde perspectivas fragmentarias, condicionadas por la tradición asistencialista, que enfoca con tendencia hegemónica lo dañado o posible de dañarse, y privilegia como beneficiarios solo a una parte del entramado social: quienes ya son consumidores de sustancias. Interpela esta situación, pues sostiene que el paradigma de salud ligado al enfoque asistencial/farmacológico obtura la posibilidad de alcanzar de modo eficiente a toda la población, y generalmente relega las instancias preventivas, incluida la investigación sobre los marcos teóricos en los que se asienta, y su vinculación con los usados para abordajes terapéuticos.

Ampliándola complejidad de este tipo de planteos, el paradigma salubrista sistémico, es aplicable en igualdad de condiciones tanto a quienes no desean desarrollar prácticas de consumo de sustancias psicoactivas, como a quienes tienen prácticas de consumo de tipo experimental, y a quienes desarrollan procesos adictivos de dependencia creciente a dicho tipo de consumo. Este modelo teórico también es aplicable a conductas adictivas que no requieren sustancias químicas, tales como las ligadas a la industria del juego y las nuevas tecnologías entre otras, conocidas como adicciones comportamentales.

La posibilidad que se abre al pensar las distintas dimensiones de un modo integrado, redundando satisfactoriamente en el aprovechamiento de los recursos disponibles. Asimismo, contribuye a la eficacia de las estrategias que se apoyan en procesos motivacionales estructurados en torno al deseo de desarrollar prácticas saludables, en tanto dimensión constitutiva del bien público que el MInS propone legitimar.

8. Hacia una mirada ecológica del fenómeno adictivo:

El análisis crítico de la clasificación presentada en el apartado n° 6, permite introducir la reflexión sobre los paradigmas, la complejidad y sus implicancias. Pone en evidencia miradas parciales del fenómeno que se suceden unas tras otras, como entidades separadas o como visiones que han marcado momentos históricos transcurridos. Aun en el modelo que dicha clasificación ha denominado “multidimensional”, donde se plantea la relación entre objeto sujeto y contexto, no se toma en cuenta cómo el contexto incide activamente sobre el vínculo que se establece entre sujeto y objeto, tal como se verá más adelante.

Analizada desde la perspectiva eco sistémica, salubrista y de los derechos a la salud y la identidad, se puede observar que la clasificación citada más arriba expresa una mirada que precisa dividir para comprender, pero luego no vuelve a ligar, y por ello impide abordar con eficacia el fenómeno de las adicciones como un todo interrelacionado. Esta fragmentación teórica del fenómeno del que se es parte y al que se

pretende abordar, dificulta la innovación y los reencuadres necesarios para una ecuación satisfactoria entre objetivos propuestos y resultados a alcanzar.

Como alternativa, emerge desde un enfoque de la complejidad, el modelo que aquí se ha denominado multidimensional integral, y con él, se contribuye al reconocimiento y análisis de diversas dimensiones que configuran el fenómeno adictivo y al mismo tiempo facilita su integración. La metáfora del zoom de Najmanovich aplica a este juego de acercamientos y distanciamientos sucesivos respecto del foco de observación, para reconocer los detalles sin perder de vista la pertenencia al conjunto del que forman parte.

8.1. La metáfora del zoom en la complejidad del fenómeno adictivo. Desde el modelo multidimensional integral salubrista y el zoom sobre las 9 dimensiones que lo integran.

Considerando la clasificación presentada, se plantea una evolución hacia un nivel de complejidad mayor mediante el recurso que permite reconocer como integrante del fenómeno en estudio a las redes o al plano vincular que lo liga y define, y observar el conjunto a través de las LB salubristas.

En la perspectiva sistémica del MInS, aquello que esta clasificación identificaba como modelos separados, se propone como dimensiones del mismo fenómeno adictivo. De este modo, se invita a una mirada integradora que también admita la posibilidad de aplicar un *zoom* de mayor proximidad sobre cada una de 9 dimensiones distintas, sin olvidar el conjunto ni el mismo hecho de que el observador es parte del fenómeno que observa. Así entendidas, estas dimensiones presentan características diferentes a las clasificaciones propias de enfoques lineales.

El MInS plantea de modo didáctico 9 dimensiones, admitiendo simultáneamente la posibilidad de enfocar otras, sumarlas o reagruparlas, en función de contribuir a nuevos planteos y mayor eficacia. Estas dimensiones son: 1) redes, 2) normativa, 3) sanitario/salubrista, 4) psicosocial, 5) socio cultural, 6) multidimensional integral, 7) económica, 8) regulación de daños y riesgos, 9) geopolítica. A continuación, una breve descripción de cada una de ellas.

8.1. 1. Redes (micro, meso y macro)

Plano vincular y fáctico en el que está inmerso el fenómeno, del cual el observador también forma parte. Reconoce que los aspectos tangibles y simbólicos, expresados en los diversos modos de comunicación, en los vínculos que definen estos modos, y en la misma cultura que condiciona las características del fenómeno y su devenir. Esta dimensión expresa la dinámica ecológica en sus planos químicos, afectivos, ambientales, sociales, biológicos, etc.

8.1.2. Normativa

El marco normativo (incluye lo jurídico, ético y religioso) impacta en la construcción de la subjetividad de individuos y el imaginario social de los colectivos. Este está presente en toda organización social, independientes de las coordenadas socio históricas que indiquen prohibiciones o autorizaciones. Supera el dualismo que divide entre delincuente/no delincuente, incluyendo el encuadre que reconoce los derechos humanos en general, y los del niño en particular. Estos últimos son especialmente importantes en una perspectiva longitudinal, considerando el condicionamiento de los procesos de construcción de subjetividad que acontecen en el devenir histórico social.

En el campo de los derechos, enfoca el derecho humano a la salud, entendiendo a la salud como bien público y capital social intangible que permite el desarrollo de los pueblos de modo autónomo, no subordinado, y sustentable. Incluye la Declaración de los derechos del niño (art. N° 33) y los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Organización de Naciones Unidas (meta n° 3, salud y bienestar).

8.1.3. Sanitario/salubrista

Registra lo biológico y corporal, que integra aparatos y sistemas del cuerpo humano, en tanto sustrato de toda identidad (independientemente de cuestiones de género). Supera el dualismo sano /enfermo-dañado, para enfocar dinámicas y procesos sistémicos, y promover los aspectos saludables presentes tanto en individuos como en colectivos sociales. Reconoce al objeto droga (sustancia psicoactiva) como agente capaz de generar una situación de vulnerabilidad demostrable, especialmente con apoyo en los aportes de las neurociencias, enriquecidos especialmente a partir del desarrollo tecnológico disponible en el nuevo milenio. En consecuencia, ubica el fenómeno adictivo en el campo de la salud pública, evitando el uso conceptos peyorativos tales como “droga que infecta a las personas”, que no están validados científicamente.

Propone que el enfoque sanitarista, trascienda el campo de la medicina, incluyendo la psicología, la farmacología, el trabajo social, las neurociencias y la educación, como escenarios donde también se construye el hecho saludable, y se puedan favorecer procesos salutogénicos.

El concepto sanitario, que refiere al sanar, se amplía hacia el concepto salubrista, que apunta a no solo a sanar, sino también a promover factores salutógenos aún en las personas que están desarrollando procesos adictivos, especialmente como parte de abordajes terapéuticos integrales. Como resultado, los conceptos de recurso y salutogénesis adquieren protagonismo, para ubicar en un lugar secundario los de riesgo, daño, déficit y vulnerabilidad.

La perspectiva del derecho a la salud facilita estrategias de afrontamiento, resiliencia, construcción saludable y transformaciones funcionales a la salud pública, que incluye a la sociedad en su conjunto, con perspectiva de mediano y largo plazo.

8.1.4. Psicosocial:

Reconoce la influencia activa que ejerce lo social en la configuración del psiquismo, y en el desarrollo de actitudes favorables a iniciar, suspender, sostener, o evitar prácticas de consumo de sustancias adictivas. El vínculo entre el sujeto y la sustancia en tanto objeto de consumo, está condicionada por el contexto en que este se configura. Esta relación entre sujeto y contexto, por las características de refuerzo positivo que tienen tanto aspectos sociales (modas, marketing, pares consumidores, etc.) como neurológicos (placer que producen las sustancias y los estímulos asociados a ella), no podría ser incluida en el rango de autonomía, tal como se sostiene argumentalmente por parte de la persona que consume este tipo de sustancias.

Devela una problemática propia de las sociedades de consumo, conocida como “Prohibicionismo de mercado”. Este se caracteriza por el condicionamiento que establecen las dinámicas de marketing procurando una prohibición tácita de la elección necesaria para el ejercicio del libre albedrío, que consiste en la posibilidad de elegir el no consumo del producto que el mercado dispone para la venta y ofrece con insistencia procurando modelar el deseo de su consumo. Tanto la frecuencia, la cantidad y el modo de consumo de cualquier tipo de sustancia psicoactiva (legal o ilegal), en cualquier caso son parte del repertorio esperado por el mercado y lo que la sociedad de consumo promueve. En consecuencia, el consumo no es expresión de síntoma o trauma del individuo, sino de sobre adaptación a estas pautas sociales que han sido internalizadas (el habitus, según Bourdieu, 1996).

La comprensión de la dimensión psicosocial incentivarán su problematización y la adopción de actitudes y prácticas saludables. El registro de la interacción entre lo psicológico y lo social, se realizará según el enfoque salubrista donde trauma, factores protectores o de riesgo, cobrarán un sentido como variables en juego dentro de un proceso vital. Esta dinámica privilegiará la activación de mecanismos resilientes y procesos salutogénicos, con reconocimiento del rol que desempeñan los vínculos que se tejen en el entramado social. Tal perspectiva de proceso dinámico permitirá ampliar la identificación de variables intervinientes, sumando los factores salutogénicos a los de protección y de riesgo.

En consecuencia, esta dimensión da protagonismo a la persona, propiciando una actitud crítica hacia la influencia del contexto (especialmente las variables condicionadas desde los mercados ligados productos adictivos) sobre el vínculo que se establece con el objeto, enriqueciendo la comprensión de la dinámica intrapsíquica. En la perspectiva social, colabora promover un rol de ciudadanía activa en el entramado social.

8.1.5. Sociocultural:

El registro de la dinámica propia del fenómeno adictivo, supera el que ubica en rol pasivo al sujeto respecto del entorno, y el grado de accesibilidad al objeto de consumo. En el campo de lo socio cultural, identifica el papel que desempeñen redes sociales, medios de comunicación, nuevas tecnologías, mercado, marketing-branding/construcción de deseo de consumo, fenómeno de masas. Ejemplo de esto es la mentada “cultura cannábica”, como estrategia envolvente para el desarrollo de actitudes y prácticas favorables a esta industria.

El reconocimiento de este campo facilita la revisión de las estrategias de las políticas en materia de salud pública, y el rol de los sujetos con respecto al derecho humano a la identidad, cuyo ejercicio requiere una reflexión crítica acerca de las variables socio culturales que construyen subjetividad. Entiende que estas, generalmente son corolario de las decisiones que toman grupos económicos corporativos.

Incluye la dimensión socio cultural considerando que el valor que cada sociedad asigna a las sustancias adictivas en el actual contexto histórico, está condicionado por variables de mercado que compiten con las de las políticas de salud pública que promueven el bien común y prácticas saludables. Al alentar la revisión crítica de las pautas de consumo que promueve el mercado, corre al sujeto de una posición pasiva donde el consumo de drogas solo se comprende como expresión de un síntoma social.

Para ello, enfoca el rol de las políticas de salud pública en la configuración del contexto, apuntando a que éste compense la presión del mercado, posicionando prácticas que no generan réditos económicos inmediatos, pero sí desarrollo humano e integración social progresiva y sostenible. Encuadra este enfoque en lo que denomina como cultura saludable.

8.1.6. Multidimensional integral

Reconoce que el fenómeno adictivo se configura desde la perspectiva multidimensional, en múltiples dimensiones, e interpela la relatividad que suele asignarse al “tipo de relación” que la persona adquiere con una sustancia en un contexto específico (generalmente asociando el riesgo de modo lineal a la situación socio económica) sin integrar variables propias del contexto en dicha configuración

Esta afirmación cuenta con el supuesto de que existirían alternativas con capacidad dar garantías de la posible invulnerabilidad del sujeto ante prácticas de potencial adictivo, sin especificar cuáles son. La misma, generalmente aumenta el riesgo en situaciones de consumo por generar distorsión perceptiva sobre el mismo. Como alternativa a esta simplificación, aporta la visión autocrítica y promueve la visión de la complejidad sobre la misma persona que consume. En efecto, la perspectiva salubrista analiza la atribución de sentido dada a los distintos tipos de vínculos. Hace viable la interpelación a este supuesto dado que registra un riesgo para la salud en toda práctica de consumo de sustancias adictivas, aun cuando no se hubiera abusado de las mismas, o se diera la denominación de “no problemático” a este tipo de consumo.

En relación al abordaje del fenómeno, propone que sea de tipo integral, enfocado los recursos y mecanismos resilientes. Esto contribuye a superar las estrategias lineales, que establecen prioridades según criterios propios, donde para abordar el problema consumo de drogas requieren que antes se aborden y resuelvan otros temas que según diversos criterios podrían valorarse como más urgentes. Tal linealidad, suele operar como supuesto dilatorio para llevar acciones preventivas y terapéuticas apoyadas en los recursos disponibles.

8.1.7 Económica

La economía expresa la dinámica entre la extracción, producción, intercambio, distribución y consumo de bienes y servicios de una sociedad. En consecuencia, siguiendo a Xabier Arrizabalo, puede definirse como la ciencia que estudia el modo en que se organiza una sociedad para producir sus medios de existencia que, distribuidos entre sus miembros y consumidos por ellos, permiten que ésta pueda producirlos de nuevo y así sucesivamente, proveyendo con ello, de una forma constantemente renovada, la base material para el conjunto de la reproducción de la sociedad en el tiempo.

La producción, intercambio, distribución y consumo de sustancias psicoactivas es aplicable a esta definición de economía. Lo relativo a los juegos de azar, en el rubro de servicios, también se inserta en ella.

El número de personas beneficiadas con esta dinámica estrictamente comercial es elevado, y se ha ido incrementando en función de la satisfactoria relación costo /beneficio que ofrece. Con bajo esfuerzo, quien participa de esta dinámica, obtiene un gran rendimiento económico. El entramado depende de un factor necesario: los individuos que consuman el producto o servicio. Esta dependencia inducirá múltiples modos para promover y generar nuevos consumidores, y sostener aquellos que ya han ingresado al circuito.

Esta dimensión del MInS, reconoce la intervención de estas variables, que generalmente son identificadas como “narcotráfico” cuando se trata de sustancias ilegales, pero no son visibles cuando se trata de sustancias legales como el tabaco, el alcohol, los psicofármacos y la industria del entretenimiento.

Como alternativa a la tradicional estrategia confrontativa de este contexto que propicia procesos adictivos (guerra contra las drogas), contribuirá a poner valor económico a todo cuanto configura procesos saludables. Estos existen con independencia de los requerimientos de la economía que gira en torno al consumo de drogas y otras conductas adictivas. La posibilidad de hacer tangible lo saludable, en cuanto a soporte de otras variables micro y macro económicas, suma como eje motivacional sustentable de procesos de cambio en ese sentido.

8.1.8 Regulación de daños y riesgos

El ciclo vital humano naturalmente atraviesa una gama situaciones que pueden ser definidas como dañinas o riesgosas. La evolución se define según la capacidad de afrontamiento a las mismas. Independientemente de cómo se defina un daño, en sí mismo se constituye como diferente de un recurso o virtud que contribuya al bienestar individual o colectivo.

La sociedad de consumo, en la construcción de una variada gama de ofertas de productos o servicios, no repara en los efectos que estos pueden tener en la ampliación de situaciones de riesgo o daño esperables. Por el contrario, mientras permita sostener un equilibrio relativo entre la oferta y la demanda, como respuesta a la posible ampliación de los efectos negativos, desarrollará estrategias paliativas denominadas de “reducción del daño y/o riesgos” producidos por los consumos que promueve. Para introducir estas estrategias, utiliza el enfoque binario que clasifica la diversidad de consumos que acontecen en todo el proceso adictivo en solo dos momentos: consumo problemático/ consumo no problemático (definido según diversos adjetivos). En consecuencia, las estrategias de abordaje de los consumos se restringe a aquellos que califica como problemáticos, valiéndose de

propuestas que definen diversos modos de consumir drogas para reducir los efectos no deseados que producen. Estas estrategias se enfocan solo en los diversos modos de consumo posible, esperando que sean los que menos trastornos producen, por lo que se produce una situación de ilusión de alternativas de elección: las posibilidades que se ofrecen para tomar decisiones, siempre quedan encuadradas en el campo de los consumos posibles, dejando de lado opciones saludables que excluyen consumos tóxicos o como mínimo los problematizan por ser tales.

En la perspectiva de los abordajes integrales multidimensionales de los trastornos por consumos de drogas, la reducción de daños aporta una visión temporal al desarrollo de procesos adictivos, que reconoce la utilidad de aplicar medidas paliativas transitorias en el marco de abordajes terapéuticos complejos, destinados a individuos con elevados niveles de dependencia. La aplicación de este enfoque evita el desplazamiento del eje no saludable hacia lo problemático, pues no advierte correspondencia entre saludable y no problemático. Asimismo, no hace extensiva la aplicación de esta modalidad terapéutica a prestaciones preventivas, y desvincula la predisposición al consumo del hecho normativo (prohibición, restricción, límite, etc.).

La dimensión referida a los daños y riesgos del MInS descarta el enfoque longitudinal respecto de los procesos por los cuales las personas se ven necesariamente atraídas por las drogas y cuestiona la aseveración acerca de que éstas van a experimentar independientemente de la prohibición (variable propia de la dimensión normativa, condicionada por la diversidad de procesos socio históricos particulares). Procura superar una mirada fragmentaria que solo enfoca a una parte de la población, que es la que elige consumirlas, y asimismo interpela los procesos por los cuales los individuos suelen ser inducidos por el contexto a elegir según pautas provistas por el mercado. Sostiene que esta mirada carece de fundamento ya que por el contrario, existe abundante evidencia acerca de que solo un porcentaje menor se ve atraído hacia el consumo drogas, y decide experimentar con ellas.

El encuadre fragmentario solo es predictivo del riesgo, pero no de lo salutógeno que también configura el hecho social, cuando se mira desde una perspectiva multidimensional integral. En consecuencia, genera un sofisma a partir del cual postula que lo que se debe realizar desde las políticas públicas es -a partir de lo que postula como inevitable desde un seudo realismo de corto plazo-, atender los riesgos asociados al consumo para que no generen demasiados daños, y no prevenirlos.

Desde otra perspectiva, el MInS parte de la evidencia de que todos los individuos y colectivos van a atravesar momentos adversos y frustrantes en sus vidas, por lo que resulta necesario equiparlos con información que permita el discernimiento y habilidades de afrontamiento. Los avances en neurociencias y educación emocional también dan sustento a esta línea de abordaje. **Considera distorsivo el concepto de prevención abocada disminuir los efectos no deseados del consumo de drogas, más que el uso de drogas en sí mismo, debido a que el primero funciona como doble mensaje que desactiva la motivación para evitar o desalentar dicho consumo.**

Alternativamente, desde un enfoque inclusivo, propone respetar los derechos de los individuos que constituyen el entramado social en su conjunto. De este modo, facilita que las políticas públicas, además de brindar asistencia a quienes desarrollaron un proceso

adictivo, aborden la situación de niños y adolescentes, diseñando estrategias preventivo/educativas que incentiven prácticas saludables. Existen evidencias acerca de que estas prácticas, por definición generan situaciones de bienestar más satisfactorias que las obtenidas mediante el consumo de sustancias adictivas. Como consecuencia de esto, se promoverán programas de trabajo eficaz, con presupuesto distribuido estratégicamente, tal que permita prevenir y evitar gastos sanitarios de tipo asistencial terapéutico sobre lo que se está dañando o ya está dañado. Estos tienen un nivel de éxito probable reducido, y requieren una inversión de proporciones muy superiores a los que requieren los abordajes preventivos en cualquiera de los tres niveles: primario, secundario o terciario.

8.1.9. Geopolítica:

Reconoce el juego de fuerzas atravesados por intereses geo políticos, demográficos y económicos que impacta sobre la configuración del fenómeno adictivo. Lo ubica en la dimensión macro social, por encima de lo individual, familiar y comunitario, incluyendo sus cambios y contradicciones. Es precavido al momento de definir las variables en juego como “determinantes estructurales”, ya que este tipo de conceptualización impide la emergencia de recursos locales con capacidad de autodeterminación, según lógicas de procesos estructurantes multicausales no previsibles, gestionados, por ejemplo, desde la ciudadanía organizada.

En la perspectiva de complejidad global, desarrolla expectativas favorables a gestiones locales a partir de recursos propios no equiparables entre países o continentes. Estas requieren no ser etiquetadas o encapsuladas según clasificaciones propias del siglo pasado, que separan entre “primer mundo” y “tercer mundo”, sociedades víctimas y victimarios, donde algunos “se ven obligados” a delinquir para sobrevivir. Esta definición resulta atávica, desprecia de los recursos personales y colectivos capaces de otorgar dignidad aun a los que cuentan con menos recursos económicos.

La dimensión geopolítica, observada desde la perspectiva integral salubrista, registra la vinculación entre el fenómeno adictivo y vectores del crimen organizado que deben ser desarticulados, pero plantea la necesidad de políticas socio sanitarias integrales para llevarlo a cabo, como alternativa a las tradicionales políticas de drogas, que devienen en estrategias de guerra contra las drogas como consecuencia lógica directa. Para ello, procura desvinculaciones ideológicas, o de fanatismos religiosos, que pudieran ligarlo a alguna situación de movimientos subversivos, con sus respectivas repercusiones en los gobiernos locales.

El reconocimiento de este juego de fuerzas debe resultar en el reforzamiento de enfoques técnicos que procuren devolver a los procesos motivacionales su protagonismo independientemente de las luchas políticas, ideológicas o religiosas imperantes en cada latitud de uno u otro continente. También permite nutrir toda iniciativa de abordaje preventiva y asistencial con los recursos culturales e idiosincráticos locales, tomando aquello que tiene su origen en otras sociedades como puntos de apoyo y referencias, pero no como senda obligada.

8.2 Entre lo multidimensional y lo multidimensional integral salubrista

A modo de conclusión, se enumeran algunas diferencias entre el modelo multidimensional lineal y el integral salubrista:

1-El modelo multidimensional lineal enfoca solo la situación de consumo como un hecho dado e inmodificable, y no evalúa la dinámica entre las distintas dimensiones del fenómeno adictivo, especialmente la del contexto y su efecto simbólico instituyente con impacto de diverso alcance temporal, sobre el vínculo posible entre sujeto y objeto.

2-Los ejes de un abordaje integral se conjugan con mayor eficacia según las expectativas de logro, y el nivel de motivación de quienes participan en su desarrollo. Los mismos están asociados al paradigma de referencia, y al reconocimiento de diversidad de paradigmas que permitan los reencuadres necesarios para activar procesos de cambio. El enfoque multidimensional integral salubrista, además de reconocer explícitamente las diversas dimensiones del fenómeno (sujeto, contexto y objeto), propone a lo saludable y a lo salutógeno como ejes estructurantes. Los conceptos de resiliencia se antepone a los de protección y riesgo, más vinculados a perspectivas confrontativas, de tipo bélico. Las prácticas de consumo, independientemente de las teorías explicativas en uso, no se encuadran como saludables ni salutógenas, y se identifican según este marco de referencia para facilitar procesos de toma de decisiones conscientes.

La clasificación analizada más arriba, reitera planteos dicotómicos y remite solo al daño, al déficit o al riesgo, también menciona a la promoción de la salud, pero no la aplica. Debe tenerse en cuenta esta situación, para, en caso de adoptarla, evitar dobles mensajes difíciles de decodificar, poco convenientes para desarrollar procesos que alienten el libre albedrío y la responsabilidad por las elecciones que se realizan por parte de quienes ya tienen predisposición al consumo o se encuentran consumiendo sustancias psicoactivas.

Esta dificultad se estructura a partir de 3 cuestiones específicas:

a) La definición de Comas y Arza (2000) citada como referente de este paradigma que denominamos multidimensional lineal, es contradictoria con los objetivos que facilitan la prevención y la percepción de riesgo de quien consume: promueve la creencia sobre posibilidad regulatoria del daño según sean las características del sujeto y el contexto sin precisar en qué consiste el daño ni cuáles son las características aludidas. Esto se acentúa al establecer la distinción entre consumo problemático y no problemático sin aportar indicadores para conocer la frontera entre ambos. Tal dificultad también se plantea en los enfoques que identifican “patrones de consumo” (recreativo, social, experimental, adictivo) como entidades en sí mismas, legitimándolas, pero sin vincularlos a situaciones de intoxicación diversa o de procesos adictivos, ni ofrecer indicios precisos acerca de sus alcances. Todo ello impide la percepción de riesgo por parte de quienes consumen sustancias adictivas, y por lo tanto, la problematización de estas prácticas necesaria tanto aplicar diversos niveles de prevención o iniciar un tratamiento.

b) Las afirmaciones acerca de los jóvenes que presenta como base del nudo argumental, sostienen que *“se ven atraídos por las drogas y van a experimentar con ellas a pesar de la prohibición”*. Estas generalizan y proyectan sobre el universo de este grupo etario, observaciones realizadas selectivamente sobre muestras no especificadas. Con ello genera expectativas favorables a la predisposición a consumir drogas antes que a desarrollar prácticas saludables y juicio crítico respecto de la sociedad de consumo que promueve actitudes y prácticas funcionales al consumo de las mismas.

c) Fundamenta la conveniencia del paradigma de reducción de daños, generando a partir de la conceptualización mencionada en el punto anterior, una profecía auto cumplidora que no es compatible con estrategias de prevención ni de promoción de la salud. Según Touze, G. (2005) el enfoque de reducción de daños y riesgo situado de modo preventivo, sostiene la conveniencia de ayudar a los jóvenes a reducir daños y riesgos *“frente a su atracción por las drogas y su experimentación con ellas a pesar de la prohibición”*, explicándoles como consumirlas, o bien qué hacer si producen efectos indeseados. Se postula como estrategia realista y pragmática, que no incluye en su noción de realismo los efectos que estos postulados tienen sobre las expectativas de quienes aún no consumen, o han iniciado un proceso adictivo y deberían tener incentivos eficaces para problematizar sus prácticas de consumo. En consecuencia, este realismo excluye el reconocimiento de los jóvenes que no consumen, y el pragmatismo, no incluye las evidencias de eficacia que las técnicas de mercadeo social ofrecen respecto de prevenir o desalentar consumo. Por el contrario, existen evidencias crecientes acerca de que estas prácticas orientadas a educar sobre prácticas de consumo, operan como factores que lejos de problematizarlas y contribuir a un cambio de prácticas, contribuyen a consolidarlas.

9. Aportes del Modelo Integral Salubrista a la eficacia de programas en prevención de adicciones⁶

Las adicciones en la infancia configuran un campo específico dentro del fenómeno adictivo puesto que su devenir condiciona el desarrollo futuro de una sociedad. Teniendo en cuenta esto, la Convención de los derechos del niño, en el Artículo n° 33, indica que: *“Todo niño tiene derecho a ser protegido contra el consumo ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas, y contra su utilización en la producción y distribución de estas sustancias”*. El ejercicio de este derecho, depende de que los adultos, en sus roles de padres, maestros, profesionales, políticos, etc, asuman sus deberes. Los cambios acelerados y las

⁶ Richard, G.(2015): Aportes del Modelo Integral Salubrista a la eficacia de programas preventivos, en 17° Congreso Internacional en Adicciones, Centros de Integración Juvenil.Ciudad de Méjico.

fuertes presiones existentes en contra de este objetivo socio sanitario, requiere un protagonismo especial de las instituciones públicas.

9.1. Dificultades que enfrentan los programas preventivos:

Los programas preventivos destinados a niños generalmente se aplican en el ámbito escolar y comunitario. Se enumeran algunas de las dificultades identificadas, que emergen como oportunidades para replantear las estrategias en uso:

9.1.1. Discontinuidad: no se sostienen en el mediano y largo plazo

9.1.2. Fragmentación interna: se enfocan alternativamente en el tabaquismo, el alcoholismo, etc., sin reparar en los denominadores comunes que existen entre los diversos procesos adictivos de sustancias legales e ilegales.

9.1.3. Pobre motivación de efectores y beneficiarios: el sistema no provee incentivos suficientes para implementarlos

9.1.4. Recursos humanos sin capacitación para implementarlos: quienes se espera que sean agentes de prevención no cuentan con la formación ni el acompañamiento continuo que un contexto cambiante requiere.

9.1.5. Falta de competitividad respecto de las influencias del entorno: los tradicionales espacios educativos donde se “enseña sobre drogas” en relación con las redes sociales y los medios de comunicación apoyados en estrategias de marketing y los vínculos significativos con personas que consumen o proveen sustancias, que en definitiva enseñan vivencialmente sobre drogas. En consecuencia, la falta de competitividad se expresa en el modo en que la estrategia preventiva, termina siendo subordinada a la tendencia cultural reglada por el contexto que ofrece la sociedad de consumo, sin cuestionarla y proponer alternativas saludables que entusiasmen.

9.2. Diseño de una estrategia de prevención de adicciones destinada a niños:

A partir de la problemática identificada en el ámbito local y de la demanda explícita de educadores y directivos de instituciones educativas, el equipo técnico de Fundación ProSalud, elabora el dispositivo preventivo denominado Cuenten con Nosotros (CCN), destinado a niños de 9 a 12 años, alumnos de 20 escuelas públicas de la Ciudad de Córdoba, Argentina.

El mismo se aplica en la perspectiva de investigación/acción desde 2008 a 2015, tomando como referencia la perspectiva Multidimensional Integral Salubrista. El proyecto cuenta con el aval del Foro de Rectores de la Provincia de Córdoba.

La hipótesis en la que se sustenta el diseño es que la eficacia preventiva requiere congruencia entre el marco conceptual y programas estratégicos integrales, con evaluación continua.

9.3. Algunos paradigmas aplicados a la prevención de adicciones:

Para lograr congruencia entre teoría y práctica, es preciso primero reconocer los distintos paradigmas a partir de los cuales se pueden diseñar estrategias, y luego poder realizar una elección fundada que permita coherencia entre las distintas líneas de acción que se llevarán a cabo. A continuación, se identifican algunos paradigmas con repercusiones en el trabajo de campo (preventivo y terapéutico). Para facilitar su análisis, se propone agruparlos según en nivel de complejidad que los sustenta en términos de binarios o multidimensionales. En el caso de los binarios, por las características de confrontación entre las dos dimensiones seleccionadas, se acompaña del simbolismo que adjudica la belicosidad o combate donde se espera que una de las partes domine a la otra. Este tipo de construcción confrontativa, dificulta la inserción de la diversidad de variables que configuran un fenómeno tan complejo donde se conjugan aspectos relativos a sujetos, objetos (drogas en todas sus formas) y contextos.

El enfoque binario es una construcción simbólica destinada a excluir dimensiones de análisis contrarias a los intereses de quienes los promueven. Una vez que se realiza la simplificación argumental a solo dos niveles, se alienta la confrontación entre ambos de modo bélico, para forzar la elección del que se muestra como menos peligroso. Esto es lo que se denomina falso dilemma, y era una estrategia ya utilizada en la Antigua Grecia por los sofistas.

Por el contrario, el paradigma multidimensional, permite el registro de dicha diversidad, y permite integrarlos según una propuesta estructurada en torno al eje salud, en cortes transversales y longitudinales de construcción dinámica y continua.

A continuación se describen los identificados en un orden que responde a cierta historicidad con la que fueron emergiendo. Esto no implica que unos u otros hayan quedado en desuso. Por el contrario, suelen ser aplicados sin registro del condicionamiento que generan tanto en el diseño de las estrategias como en la posibilidad de evaluarlas críticamente.

9.3.1) 1) **Bélico/binario (A, B, C):** con eje en el daño/déficit

1. A Factores protectores contra el daño

Teoriza sobre la función de las habilidades prosociales, habilidades para la vida, valores, arte y deporte en la prevención, sin integrar las variables consumo de sustancias y procesos adictivos. Plantea la protección contra el ataque que suponen los factores que producen daño sin mencionar específicamente a las adicciones, solo mediante acciones preventivas inespecíficas que espera operen como escudo. Adopta una perspectiva de tipo bélico, donde los factores protectores combatir a los factores de riesgo, que son aquellos sobre los cuales debe generarse temor. Esta dinámica supone instalar la idea del peligro que circunda el crecimiento y desarrollo, así como el proceso de la vida misma, a partir de la cual la actitud básica es la de fortalecer todo tipo de mecanismo defensivo. La capacidad motivacional de este tipo de estrategias está siendo evaluada de modo continuo, debido a su falta de eficacia en el mediano y largo plazo.

A modo de escudo promueve habilidades prosociales, habilidades para la vida, valores, arte y deporte, sin integrar los temas consumo de sustancias y adicciones, por lo que en general se expresa como **prevención inespecífica**.

En consecuencia, este escudo protector suele no incluir aspectos específicos que permitan integrar el análisis de variables ligadas al contexto que promueve los consumos ni los procesos de toma de decisiones referidos a situaciones particulares con presencia de producción, venta y consumos de diversas sustancias psicoactivas.

1.B. Guerra al daño

Prioriza el objeto droga y sus efectos negativos, inculcando el decir “no”. Alienta una posición activa en la “batalla” que ofrecen las adicciones, centrada en el temor a sus efectos, mediante una acción de rechazo del ataque que estos supone para el individuo y la sociedad.

En este caso se aborda la prevención de una manera estrictamente específica, centrada en la explicación de los efectos negativos de las drogas en tanto objeto, estructurando la estrategia preventiva en el mandato centrado en el decir “no”. Esto podría identificarse como **prohibicionismo sanitario** –sanitario en la medida de que el no consumo de drogas supone una buena práctica en términos sanitarios- pero a la que se accede como resultado de clausurar o prohibir el análisis contextual y el modo en que se llevan a cabo los procesos de toma de decisiones, a partir de análisis lineales que impiden la autonomía del pensamiento. Esta linealidad impide el desarrollo de herramientas para afrontar la multiplicidad de estrategias que utiliza el mercado para persuadir acerca de los beneficios aparejados a las prácticas de consumo de los objetos que ofrece. La contracara de este prohibicionismo, estaría dada por la obligatoriedad de aplicar la abstención (elegir abstenerse de alguna práctica o pensamiento) como resultado de una directiva, y no de una elección consiente, hecho que podría definirse como abstencionismo directivo

1.C. Pragmatismo funcional al daño

Considera inevitable el consumo de drogas, lo explica como parte de la cultura del entretenimiento e indica cómo reducir el daño que este provoca. Esta posición deviene en lo que se ha denominado “**prohibicionismo de mercado**”. La misma, de manera más o menos velada, impide reconocer como alternativa elegible a la actitud crítica frente al consumo de sustancias, y el desarrollo de prácticas que no sean funcionales al mercado, tales que permitieran alcanzar bienestar prescindiendo de transacciones comerciales específicas (incluida la compra de semillas para la producción doméstica de cannabis).

Este paradigma se diferencia de la estrategia de abordaje terapéutico requerida por población en situación de especial vulnerabilidad, que no logra problematizar su consumo y por ello no logra acceder a tratamientos de umbral motivacional mixto (aquellos que permiten trabajar progresivamente la construcción de deseo de superar el

problema de salud generado por la dependencia al consumo de sustancias psicoactivas , así como las repercusiones negativas en el entramado vincular que este genera).

En efecto, el punto de partida de esta perspectiva que ha adoptado una función paradigmática, fue la misma metodología de abordaje iniciada en los años 90, como respuesta a la epidemia de vih/sida y la necesidad de ensayar medidas de prevención entre personas con prácticas de drogadicción endovenosa. Los resultados y los beneficios observados con esta experiencia, dieron lugar a la situación descrita anteriormente, y por lo tanto consagraron el posicionamiento de la misma en un rol que impide la eficacia de acciones preventivas, así como coarta el desarrollo de estrategias terapéuticas motivacionalmente adecuadas.

- ✓ **Desplaza lo saludable (en tanto hecho desligado de patrones de consumos de sustancia psicoactivas) como meta individual y colectiva por detrás de lo reconoce y simboliza como problemático o dañado.**
- ✓ Reduce/limita el análisis crítico del mercado en toda la complejidad de su entramado.
- ✓ **Define expectativas de logro (personales, terapéuticas, preventivas) dentro de los niveles de consumo esperados por el mercado/limitando las de tipo saludable**
- ✓ Modela valores aspiracionales y modas que son funcionales a los estándares de consumo requeridos por el circuito establecido entre la oferta y la demanda esperada.
- ✓ Excluye el rol de los actores de la salud pública de la dimensión contextual
- ✓ La prevención no se estructura en torno al deseo de lo saludable, debido a un débil posicionamiento de la salud como valor, y se limita a prevenir el “consumo problemático”.
- ✓ Prioriza lo explicativo en torno a laberínticas dimensiones intrasubjetivas o intraculturales, antes que lo propositivo a diseñar según el aporte de las ciencias de la comunicación y la ecología social, quedando a la zaga de las iniciativas generadas por la dinámica de los mercados –expresan un buen manejo de los conocimientos aportados por estas ciencias-.

9.3. 2) Multidimensional proactivo

Pragmatismo multidimensional Integral Salubrista

Promueve contextos que legitiman el vínculo entre placer, disfrute y prácticas saludables, informando sobre evidencia científica que fundamenta la no inclusión del consumo de drogas entre ellas. Alienta elecciones salugénicas con inclusión de prácticas no mercantilistas. Desde una perspectiva propositiva, alienta y prioriza procesos de toma de decisiones, mecanismos resilientes y el desarrollo de factores salutógenos, como complemento de los factores de protección. La estrategia promueve

la elegibilidad de prácticas saludables, antes que actitudes defensivas o indiferentes frente a la influencia del entorno.

Introduce el análisis de procesos salutogénicos, en la perspectiva del rol activo de individuos y colectivos en la construcción del hecho saludable a partir de elecciones particulares en torno a valores ligados a la salud, con registro de los planos corporal, psíquico y social. Esta perspectiva dinámica, a la clásica clasificación que distingue factores de riesgos que pueden ser linealmente enfrentados con factores de protección, aporta la identificación de factores salugénicos. Estos adoptan su cualidad de tales, no tanto por su definición intrínseca, como por su funcionalidad en cuanto a la interpretación y afrontamiento de los hechos que se suceden en los diversos trayectos vitales de individuos y colectivos. Es concepto de factores salugénicos se asocia de este modo al desarrollo de resiliencia individual, familiar, grupal o social, en tanto capacidad de crecimiento, maduración, superación y transformación de aquello que pueda ser reconocido como adverso. Según este encuadre, este tipo de situaciones antes que ser génesis de batallas o guerras –enfoque bélico binario-, serán reconocidas como momentos de crisis vitales –individuales o colectivas-, con frustraciones y sufrimientos incluidos, que requieren procesos de afrontamiento que implicarán romper con rutinas, situaciones de estrés creativo, perseverancia, paciencia, solidaridad, y otras habilidades que las estrategias de abordaje integral habrán de promover.

9.4. El enfoque Multidimensional Integral Salubrista (MinS), aplicado a la prevención:

Educar para prevenir los procesos que generan dependencia, requiere ofrecer a los niños oportunidades para aprender a tomar decisiones y vivir en libertad.

Al reconocer la complejidad del fenómeno adictivo, haciendo un juego de sucesivos zoom sobre distintas dimensiones interdependientes que lo conforman, se facilita el desarrollo de estrategias integrando 7 de ellas:

9.4.1. Promoción de contextos habilitantes de redes (vínculos) socio institucionales saludables, con prioridad en competencias comunicacionales de niños, jóvenes y adultos.

9.4.2. Inclusión progresiva del proyecto preventivo en la singular lógica de trabajo institucional.

9.4.3. Reconocimiento de los riesgos que implican el consumo –incluido el de drogas legales e ilegales-, y las estrategias de marketing usadas para crear necesidad/deseo de dicho consumo.

9.4.4. Promoción del derecho a la ciudadanía y a la identidad, con base en decisiones responsables a partir del acceso a la información sobre consecuencias posibles asociadas al consumo de sustancias psicoactivas.

9.4.5. Legitimación de lo saludable como bien público, en tanto valor individual y colectivo.

9.4.6. Confianza en la activación de mecanismos de resiliencia para el desarrollo de vincularidad positiva, con valores que incluyen lo saludable, el trabajo digno y el bien común.

9.4.7. Desarrollo de competencias individuales como parte de un proceso deseable, disfrutable, placentero vinculado a lo saludable.

9.5. Acerca de la eficacia de proyectos con encuadre en el MInS:

La aplicación de proyectos destinados a niños diseñados a partir del MInS, para prevención en el ámbito escolar y comunitario, ofrece resultados alentadores que refuerzan la conveniencia de profundizar su aplicación. Algunos de ellos se registran a través de los siguientes indicadores:

9.5.1. Nivel de satisfacción elevado en docentes, padres y niños referido al desarrollo de competencias en prevención de adicciones que alcanzan luego de haber participado en el proyecto

9.5.2. Disminución de temor a reacciones negativas por parte de familiares de niños que consumen, producen y/o venden drogas

9.5.3. Ampliación de vínculos con organizaciones de la comunidad

9.5.4. Aumento de actitudes solidarias hacia quienes tienen prácticas de consumos de sustancias y otras conductas adictivas

9.5.5. Capacidad instituyente, dúctil para sortear los escollos que impone un sistema educativo y sanitario poco abierto a la innovación: paulatinamente las instituciones cobran autonomía en la ejecución de las actividades preventivas, según el diseño de proyectos institucionales propios, que integran el eje adicciones.

10. Conclusiones

El fenómeno adictivo es vasto y complejo. Las dificultades para afrontarlo plantean numerosos desafíos. La capacidad de registro de su multidimensionalidad, opera de manera directamente proporcional a la posibilidad de diseñar estrategias innovadoras, cuya fortaleza radica en su aptitud para adaptarse a las mismas, sin reducir el nivel de expectativas de logro. Estas expectativas, planteadas en términos de beneficios y ganancias compartidas a obtener en el campo de lo saludable y salugénico, son el fundamento de procesos motivacionales necesarios para trabajar en prevención y asistencia de adicciones.

La reflexión acerca de procesos socio históricos, del rol del mercado en general, de los grupos económicos en particular, así como de paradigmas que condicionan y resultan de la interrelación entre unos y otros, enriquece esta comprensión, al mismo tiempo que abre otras posibilidades de análisis.

El Modelo Multidimensional Integral Salubrista, emerge en este contexto como una aproximación ordenadora de la complejidad en torno a hechos y procesos saludables, que son valores constitutivos del tejido social, se nutren en la perspectiva del bien común, y aportan al capital necesario para el desarrollo sostenible. Su característica distintiva, es no responder a intereses de grupos económicos vinculados al mercado de sustancias adictivas o a los juegos de azar, entre otras variables con capacidad adictógena, y sí generar interés en el vínculo que existe entre placer y vida saludable, a modo de eje estructurante.

El mismo devenir histórico y la dinámica de la ecología social, invitan a profundizar esta perspectiva de análisis, y enriquecerla a partir de la investigación / acción. Este procedimiento aumentará las posibilidades de que el campo de lo teórico pueda ser transferido a experiencias reales, y de que la misma práctica, se retroalimente y se amplíen las perspectivas de generar eficacia hacia una mayor calidad de vida y equidad social.

El horizonte de posibilidades es vasto, y cada profesional tiene la oportunidad de sumar su aporte.

Biblio y sitografía:

Aguilar, C y Molina, J.C. (2004):Identidad étnica y redes personales entre jóvenes de Sarajevo. REDES, Revista hispana para el análisis de redes sociales Vol.7,#6, Oct./Nov. 2004.<http://revista-redes.rediris.es>

Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion.

Health Promotion International,vol. 11, 11-18.

Arrizabalo, Xabier (2011) El imperialismo, los límites del capitalismo y la crisis actual como encrucijada histórica». En *Economía política de la crisis*. Madrid. Editorial Complutense, 2011

Becoña Iglesias, E (2001): Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas. Madrid. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Blanquer, S. 2014, pag. 32, Intervención psicológica en reinserción. 13 Edición del Master en prevención y tratamiento de las conductas adictivas.

- Dabas, E., Najmanovich, D (1995): Redes. El lenguaje de los vínculos. Buenos Aires. Paidós.
- Dabas, Elina, comp. (2006): Viviendo Redes. Buenos Aires. CICCUS.
- Cecchin, G. (1987), Nueva visita a la hipotetización, la circularidad y la neutralidad. Una invitación a la curiosidad. *Sistemas Familiares*. 5, (1) 9-17.
- Cunillera, C. (2008), Redefiniendo el alcoholismo abrimos puertas a la psicoterapia: más allá de la abstinencia. *Sistemas Familiares*, 24 (1) 87-98.
- De Shazer; S (1987): Pautas de terapia familiar breve. Buenos Aires. Paidos.
- Echeburúa, E. y Requesens, A (2012): Adicción a las redes sociales y nuevas tecnologías en niños y adolescentes. Madrid. Piramide.
- Gomez Milbenberg. E. Un recorrido histórico a través de los conceptos de salud y calidad de vida de la OMS TOG (a Coruña) revista en internet, (2009), disponible en <http://www.revistatog.com/num9/pdfs/original2.pdf>
- Goolishian, H. (1991), en Selekmán, M. (1993), Abrir caminos para el cambio. Barcelona, Gedisa.
- Gutierrez, Alicia B, (1994), *Pierre Bourdieu: las prácticas sociales*, Centro Editor de América Latina. Buenos Aires.
- Hernán, M., Morgan, A., y Mena, A. L. (2010). *Formación en salutogénesis y activos para la salud*. Andalucía, España: Ed. Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Salud y Bienestar Social.
- Lorenzo, Ladero y cols.(2005); Drogodependencias. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación. Madrid. Panamericana.
- Martinez Gonzalez, J. M. y cols. (2006): Factores de Riesgo, protección y representaciones sociales sobre el consumo de drogas. Implicaciones para la Prevención. XI Premios Andaluces de investigación en materia de Drogodependencias adicciones. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Junta de Andalucía.
- Míguez, Hugo (1998) Uso de sustancias psicoactivas. Buenos Aires, Paidos
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Gerencia de Atención Integral a los y las adolescentes (1999): De adolescentes para adolescentes. Guía para facilitadores. San Salvador.
- Montero, M,(2003): Teoría y práctica de la psicología comunitaria. La tensión entre comunidad y sociedad. Buenos Aires. Paidós.
- Montero, Maritza (2006): Hacer para transformar. Buenos Aires, Paidos.
- Rabello de Castro (2001) Infancia y adolescencia en la cultura del consumo Buenos Aires. Grupo Editorial Lumen
- Reguillo, R. (2008), Retóricas de la Seguridad. Alambre. Cultura, Información y

Richard, Gabriela (2015): Adicciones: Las políticas públicas como contextos habilitantes de prácticas y redes juveniles saludables. En Barron, M. y Borioli G.: Jóvenes cordobeses de los márgenes al empoderamiento. Reflexiones sobre Políticas (Públicas). Córdoba. Secretaría de Ciencia y Tecnología, Facultad de Filosofía y Humanidades. Universidad Nacional de Córdoba.

Richard, G.(2014): Acerca del riesgo de que el rol del psicólogo sea funcional al desarrollo del problema. En Cardozo, G.: El psicólogo del tercer milenio: nuevas realidades, nuevos desafíos. Córdoba. Editorial de la Universidad Católica de Córdoba.

Richard, G (2009) Prevención de adicciones. Reflexiones desde la perspectiva del vínculo adulto/joven. En Barron, M: Adicciones. Los nuevos paraísos artificiales. Indagaciones en torno de los jóvenes y sus consumos. Colección Adolescencia Educación y Salud, UNC, Febrero 2010

Richard, G. (2011), Salud, redes sociales y producción de sentido en prevención de adicciones. Reflexiones a partir de experiencias en el trabajo con jóvenes. En Haciendo en Redes. Buenos Aires, CICCUS .

Richard, G. (2009) Tejido social (TS) y Grupos ProSalud (GPS). Abordaje de problemas por consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes* Revista Sistemas Familiares, año 21, n° 1. Buenos Aires, Mayo 2009

Rivera de los Santos, F., Ramos Valverde, P., Moreno Rodríguez, C., y Hernán García, M.(2011). Análisis del modelo salutogénico en España: aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. *Revista Española de Salud Pública*, 85(2), 129-139.

Rovere M. (2000): Redes en salud; los grupos humanos, las instituciones, las comunidades. Rosario. Secretaría de Salud de Rosario.

Saforcada, Enrique (2001): Psicología Sanitaria, Análisis Crítico de los Modelos de salud. Argentina, Paidós

Saforcada, E. (2012). Salud comunitaria, gestión de salud positiva y determinantes sociales de la enfermedad. *Aletheia*, 37, 7-22

Selekman, M (1993), Abrir caminos para el cambio, Barcelona, Gedisa.

Touze, Graciela (2010): Prevención del consumo problemático de drogas. Buenos Aires. Ed. Troquel

UNODC informe mundial sobre las drogas http://www.unodc.org/documents/data-analysis/WDR2012/WDR_2012_Spanish_web.pdf