

# ADICCIONES SIN DROGAS.

## ASPECTOS PREVENTIVOS Y CLINICOS.

### 1) ALGUNOS CONCEPTOS PREVIOS SOBRE LA EDUCACIÓN.

*“Instruye al niño en su camino  
y aún cuando sea viejo  
no se apartará de él”.  
Proverbio 22: 6*

La palabra “educación” proviene del latín y está formada por el prefijo “e” que significa afuera y “ducare” que se traduce como “conducir, guiar”. El concepto de “guiar desde afuera” se vincula en ciertos aspectos con la otra acepción adjudicada al término que es la de “criar, alimentar”. Este proceso de nutrir incluye de manera ineludible dos aspectos a considerar: 1) la alteridad, pues siempre es realizado desde afuera, desde el exterior, desde el otro y 2) la producción inevitable de un cambio, un desarrollo, un crecimiento, dentro del propio individuo como resultado del proceso anterior. Guiar, nutrir, alteridad, crecimiento, cambio son a nuestro entender las palabras claves para conceptualizar la educación.

La educación es el recurso y mecanismo fundamental que tiene la sociedad para transmitir los modelos de comportamiento, las ideologías y los valores culturales, morales, éticos y religiosos. De esta manera, nos guste la idea o no, modela la personalidad de todo ser humano (aun cuando no sea este el único mecanismo del proceso de individuación). La acción educativa se traduce o se manifiesta a través de las conductas del ser humano, nosotros “vemos” comportamientos mas que pensamientos o emociones. No hay duda que lo ideológico subyace motivando o caracterizando las conductas o acciones de todo ser humano pero es la educación quien gestiona y perfila bajo la forma de modelos de conducta

la personalidad de cada individuo teniendo como objetivo último la formación de adultos responsables y autónomos.

Mucho de esto se resume con la clásica frase de Ortega y Gasset “Yo soy yo y mi circunstancia”, lo que marca la importancia del medio sociocultural transmitiendo al individuo pautas y normas de conducta que lo socializan. Socializar en el doble sentido de incluir progresivamente a ese individuo en el mundo pero también introducir el mundo en el individuo.

Es la educación el instrumento socializador por excelencia, ya que al ser prácticamente imprescindible para el ser humano el vivir en grupo, y no solo por la simple necesidad del sobrevivir biológico sino porque somos seres gregarios por definición. Son la tarea educativa y el rol del educador de una importancia única en la sociedad del “homo sapiens”, más aún, si tenemos en cuenta que el hombre es al mismo tiempo objeto y sujeto de la acción educativa. Por esto, en el tema que nos compete, es trascendental saber que tipo de valores y normas adopta, asume, sostiene y trasmite un grupo social o una familia a sus educandos.

En el mundo actual la escuela se ha transformado en la estructura que en muchos aspectos sustituye y ya no solo complementa el funcionamiento de la familia. Está reemplazando en muchos aspectos la función educativa que cumplía la familia nuclear tradicional. Por lo tanto ahora más que nunca corresponde a la escuela ser un agente activo en la educación en valores en general y en lo que atañe al uso de drogas en particular. Los docentes deben ser un recurso idóneo y capacitado para la prevención primaria no un simple transmisor de información especializada en el tema, sino un formador activo. Los roles de educadores naturales (padres y familia en general) y profesionales (maestros, profesores y docentes) nunca se vieron tan complementados, suplementados y hasta sustituidos como en la sociedad actual.

Desde nuestra perspectiva uno de los objetivos básicos de la educación debe ser el instrumentar al ser humano para insertarse egosintómicamente en su contexto en toda la extensión que se le quiera dar a este término: familiar, comunitario, cultural, social, ecológico, etc. A su vez la familia y la sociedad que incluyen al niño/joven deben estar

capacitadas para satisfacer sus necesidades dentro de una ética que no implique ni actitudes antisociales ni el uso de sustancias psicoactivas. Debe enseñar al joven a ser adulto en su propio medio sociocultural y el uso indebido de drogas no puede formar parte de las conductas integradas al medio pues más allá de la libertad o egosintonía en lo personal está dañando o perjudicando a su entorno. Las drogas no son una cuestión personal sino del colectivo ya que afectan casi siempre al individuo y su familia y atentan contra la Salud Pública.

*“La educación es el medio más idóneo con que cuenta la sociedad para formar al individuo, descubrir y desarrollar sus aptitudes, incorporarlo individual y colectivamente en el medio sociocultural, adecuar su personalidad a los cambios de la vida contemporánea u engrandecer su condición humana, corresponde que todos los que de alguna manea intervienen en el proceso educativo, la familia, la escuela, el grupo, la colectividad y el Estado participen en el proceso de “educar para prevenir”, de posibilitar que cada joven llegue a una adultez fecunda y logre insertarse en la sociedad”<sup>1</sup>*

Si el ser humano en general y el educador en particular, cumpliendo con su obligación y responsabilidad, no consiguen insertar al joven en el medio sociocultural, para que pueda desenvolverse en sus circunstancias, los jóvenes y sus grupos tratarán de crear organizaciones o estructuras que se adapten a su manera de ver la sociedad, y caerán en comportamientos negativos y muchas veces destructores. El fracaso en esta generación de ambientes y de medios propicios para un desarrollo adecuado del joven da origen a otros contextos alternativos en los cuales se desarrolla, entre otros, el uso indebido de drogas.

Solo el respeto por el proceso educativo en libertad nos lleva y nos llevará a la formación de hombres libres, con la capacidad de crítica y de elección. El decidir conociendo y reconociendo con objetividad y claridad las opciones, estando en pleno conocimiento de los riesgos y de las consecuencias, (para si mismo y para los demás) es uno de los objetivos más caros a esta conceptualización de la educación que implica

---

<sup>1</sup> A. Mioli (1986) “Las drogas” Ed. Ateneo

como objetivo final el vivir en grupo, con el mayor bienestar y satisfacción posibles para desarrollarse y realizarse.

La educación dirigida a que el hombre pueda ejercer la libertad de optar nos recuerda que hace casi 20 años cuando trabajábamos en el área de la prevención educativa lo hacíamos bajo el lema de “Educar para la opción” desde una organización que fundamos con ese fin y denominamos “Optar”. Creemos que hoy día esta propuesta sigue teniendo la misma validez que en ese entonces,

## **2) ACERCA DE LA EDUCACIÓN PREVENTIVA O LA PREVENCIÓN EDUCATIVA.**

*“Cuando trabaja el Maestro no trabaja el Juez”*

*Anónimo*

*La educación preventiva está constituida por todos los procedimientos y estrategias orientadas a la formación de la persona, que permitan su sano desarrollo y su realización en el marco de ambientes propicios<sup>2</sup>.*

La educación preventiva promueve el conocimiento, el juicio práctico y la evaluación de factores y situaciones sociales, culturales, políticas y económicas que generan estimulan y mantienen todos aquellos problemas que afectan la salud, la integridad y el bienestar individual, familiar y social. Se desarrolla en cuatro áreas: las de la información, las creencias, las actitudes y las conductas. En suma, y siendo reiterativos, podemos afirmar que está constituida por todos los procedimientos y estrategias orientadas a la formación de la persona, que permitan su sano desarrollo y su realización, en el marco de medio ambientes propicios o adecuados.

La educación preventiva en salud implica no solo la promoción de la salud en su más amplio y clásico sentido (el de solucionar problemas ya existentes) sino también el adelantarse a los acontecimientos y eventos que atenten contra el sano desarrollo de las personas identificando factores de riesgo y problemas prioritarios. Por otro lado no puede dejar de ser orientadora y reforzadora de los comportamientos adecuados a la conservación de la salud, basándose en el estudio o análisis de los factores de protección de la misma.

Debemos recordar que el problema de la droga es un fenómeno dinámico y multicausal que se nos presenta como una unidad indivisible en sus tres instancias: producción, tráfico y consumo. La lucha contra los dos primeros escapa totalmente a nuestra área de trabajo y más aun a la del educador, es el área que le corresponde a algunos organismos especializados del Estado. *Por otro lado no podemos dejar de reconocer que en toda sociedad hay personas y sectores responsables de ejercer el rol de protección de sus miembros frente a las drogas.*<sup>3</sup>

Dentro del área de la prevención de acuerdo al momento que se actué (el cuando), la forma, el como, la población objetivo (el para quien), etc. se puede hablar de:

- Prevención primaria: es la que actúa antes de la aparición de un problema y tiene como finalidad impedir el surgimiento del mismo
- Prevención secundaria: es la que actúa en las etapas iniciales o precoces de un problema que no se pudo evitar, tiene como finalidad identificarlo, evitar la consolidación y tratarlo.
- Prevención terciaria: es la que actúa en etapas tardías del problema, cuando este ya está instalado y generalmente cronificado, la finalidad es evitar complicaciones y secuelas o consecuencias graves.

---

<sup>3</sup> UNESCO (1973) "La verdad sobre la droga". Ed. Unesco. Paris.

Una clasificación más reciente según la población objetivo las divide en:

- Prevención universal: dirigida a toda la población
- Prevención selectiva: dirigida a aquellos que están en mayor riesgo y que han sido identificados como población problema, por Ej. adolescentes de un colegio donde se consume.
- Prevención indicada: dirigida a un subgrupo concreto de alto riesgo por Ej. adictos ya identificados.<sup>4</sup>

Nuestro rol en el área de las adicciones es en la prevención primaria, es decir antes de que el “problema” se instale y en la prevención secundaria o sea en las primeras etapas del consumo. Educación para la primera y diagnóstico precoz y manejo de la derivación correcta para la segunda.

### **3) EDUCACIÓN Y ADICCIONES**

*”Pensar globalmente,  
actuar localmente,  
responder personalmente”  
Mina Seinfeld*

En el tema de las adicciones lo anteriormente expuesto implica primero la capacidad de logro de la familia en particular y de la sociedad en general (comunidad, instituciones, escuelas) para crear esos ambientes propicios o favorables. Sin esta “infraestructura” todo lo demás se haría sumamente dificultoso por no decir imposible. Segundo la necesidad de adelantarse a todo aquello que atente contra el sano desarrollo de las personas a fin de proteger y fortalecer a todos sus miembros, especialmente a los más jóvenes en el caso de las adicciones.

En ambos casos la finalidad es la de lograr los objetivos del proceso de individuación y socialización del ser humano promoviendo su

---

<sup>4</sup> Gordon (1987) en Becoña 1999

crecimiento personal y su adaptación al medio social en que vive. Esto implica la formación en valores tales como la honestidad y la solidaridad por solo citar dos, así como de una adecuada autoestima, y la capacitación para la toma de decisiones para poder optar con libertad de conocimiento.

Desde ya queremos insistir de que en el área de las adicciones, quizás más que en ninguna otra, la prevención es asunto de la educación integrada a la función de socialización. Esta será más efectiva cuanto mejor sea el desarrollo de actitudes, conductas y valores. El resultado será más satisfactorio cuanto mayor sea la continuidad y la permanencia de las acciones, sobre todo si estas son asumidas por las propias instituciones involucradas: escuela, familias, lugares de trabajo.

En el tema de las adicciones el prevenir, y sobre todo la prevención desde el ámbito educativo, es el arma más valiosa que el ser humano tiene a su disposición, no hay otra que se le equipare en su poder de penetración, capacidad de generar cambios en las estructuras de pensamiento, las conductas y la formación del ser. El educador es un agente de cambio. La transmisión de conocimientos o de información, es solo eso y no modifica la actitud del educando, esto cobra mayor importancia cuando consideramos que el uso de drogas entre los jóvenes responde en gran parte a un comportamiento cultural asociado al grupo de pertenencia.

La UNESCO establece que *“La educación relativa a las drogas es un amplio conjunto de actividades concentradas en torno a situaciones que ponen en juego al maestro y al discípulo, y una experiencia que tiende a multiplicar las ocasiones del desarrollo intelectual, emotivo, psicológico y fisiológico de los jóvenes. Esta educación concierne al proceso educativo en su totalidad, simultáneamente en las esferas afectiva y cognoscitiva”*

Nunca debemos olvidar, que todo programa de educación en drogas tiene que culminar en la acción y debe tener el poder de influir en la conducta del individuo, su familia, la escuela, el grupo de pertenencia y

la comunidad a los que estén dirigidos y que constituyen el contexto de socialización de ese individuo.

Algo que queremos dejar bien en claro es que creemos en la prevención, pero en aquella realizada teniendo en cuenta la idiosincrasia de cada país o región, las características culturales de cada comunidad, los recursos reales con que se cuenta sean estos económicos o humanos, la población sobre la que se va a actuar o mejor dicho con la que se va a trabajar etc. No los programas o estrategias de escritorio. Recordemos que ya en la reunión de 1973 en París la UNESCO se aclaró que: *“Los tipos de programas preventivos deberán ser distintos según la comunidad, la cultura o la Nación de que se trate, a fin de satisfacer las necesidades de cada grupo particular. Los factores sociales son tan variables que ningún método o ningún medio de información será necesariamente eficaz en todas las situaciones”*.

Es notable como Simón Rodríguez, con su claridad de expresión, muchos años antes decía: *“América no debe imitar servilmente, sino ser original. Enseñen y tendrán quien sepa, eduquen, y tendrán quien haga”*.

Con frecuencia escuchamos decir, sobre todo en los planteos provenientes de los organismos internacionales, que el adolescente es población de riesgo y aún de alto riesgo. Si entendemos por riesgo la posibilidad o probabilidad de que ocurra un determinado hecho indeseable o dañino en el futuro el adolescente tiene un riesgo mayor que el resto de la población por tratarse de una persona susceptible y vulnerable al estar cursando una etapa de la vida con complejos y delicados cambios internos y externos. Citando lo que hemos escrito con anterioridad *“en esta etapa empieza a reflexionar fuera del presente, a fantasear, a elaborar teorías, a cuestionar valores y actitudes, a reaccionar frente a lo impuesto pues puede abstraer y criticarlas normas vigentes, elaborar utopías, etc. Ya que aumenta su capacidad de razonamiento crítico-analítico. Además son características normales del adolescente la ansiedad, la irritabilidad, la depresión moderada, los sentimientos de inseguridad o de minusvalía, la impulsividad, la laxitud, el negativismo y el espíritu de contradicción, la labilidad en el humor y*



*en los intereses, la hipersensibilidad a la crítica, los conflictos con los familiares, los conflictos del quiebre con la imagen de los ídolos y de atracción y dependencia y por supuesto toda la temática que gira en torno a la identificación sexual”.*<sup>5</sup>

Si consideramos personalidades de alto riesgo en general, pero más específicamente para las adicciones a aquellas, de cualquier edad, donde exista inmadurez psico-afectiva, dificultad para posponer sus propias demandas, sin posibilidades de espera o mediación en el logro de objetivos, que toleran muy mal las frustraciones, les cuesta reconocer los límites y tienen un mal control de los impulsos, con una considerable alteración en los sistemas de intercambio con el mundo y la tendencia al establecimiento de relaciones conflictivas con la realidad impuesta, es muy frecuente el refugio patológico en la fantasía. No organiza el tiempo en base a conductas adaptativas y los vínculos que logra son primarios y precarios afectiva y socialmente, el agrupamiento con sus pares es muchas veces sin un fin específico y explícito; pero con una complicidad típica. Los sentimientos de debilidad, baja autoestima y temor llevan a actitudes defensivas del tipo de las conductas contrafóbicas en las que se exponen a situaciones peligrosas con la esperanza de constatar su propia fuerza. Si revisamos los elementos citados en este último párrafo podemos constatar que el uso de drogas y el estado de “embriaguez” satisface o complementa la psicopatología del adolescente.

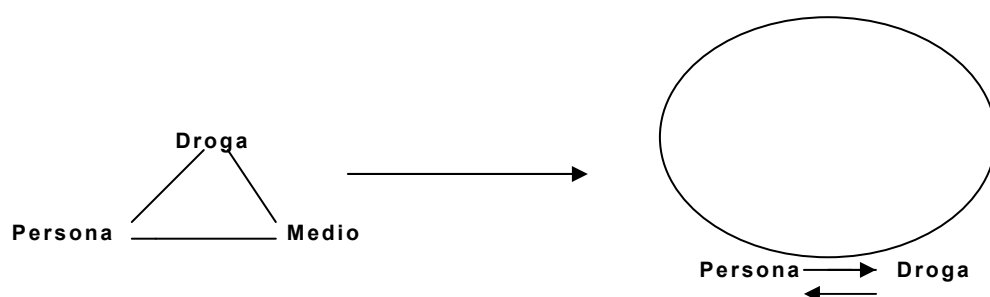
La concepción, que a esta altura podríamos llamar clásica, del problema de las toxicomanías, farmacodependencias o drogodependencias o adicciones es la de la representación mediante el triángulo droga-persona-medio. Esta conceptualización del “sistema” muestra con excelente claridad didáctica la necesidad de los tres ángulos para que se constituya el fenómeno de lo que en ese esquema nominábamos como farmacodependencia.

El siguiente modelo que planteamos de alguna manera complementa y hasta sustituye al anterior. Nos parece más ajustado a

---

<sup>5</sup> F. da Silva (2001) “Farmacodependencia”, Introducción a la Medicina Familiar,

los conceptos actuales aún cuando los contenidos sean los mismos, implica una conceptualización del tipo de la estructuración de campo donde se muestra con más claridad el vínculo entre la persona y el objeto, en este caso la droga, más su contexto donde quedan incluidos en un esquema de círculos concéntricos donde la familia, la escuela y el grupo de pertenencia son los más cercanos en las edades más precoces, el barrio la comunidad la cultura va por fuera para luego implicar aspectos religiosos, culturales, sociales, geopolíticos y “hasta cósmicos” según algunos autores. Según la Teoría General de Sistemas el sujeto constituye con los objetos un sistema de interacciones que hace que el todo sea más que la suma de las partes.



#### **4) LAS ADICCIONES PROPIAMENTE DICHAS**

**¿ escape, libertad, hiperadaptación, estigmatización?**

*“No puede ser una expresión de libertad  
adquirir una nueva forma de esclavitud”*

*E. Kalina*

Nos queremos permitir aquí una breve digresión: hemos estado usando el término adicciones y no los clásicos tales como toxicomanías, farmacodependencias o drogodependencias, esto se debe a que nuestro

planteo se refiere no solo a las adicciones a fármacos, drogas o sustancias psicoactivas. Pretendemos enfocar el tema con una mayor amplitud y tener en cuenta otras conductas adictivas tales como las que se dan en el terreno de lo que F. Alonso Fernández llama las adicciones sociales dentro de las cuales podemos incluir la comida, el juego, el trabajo, las compras, el sexo y algunas más que veremos luego. Este encare se fundamenta desde las más diversas perspectivas, siendo los argumentos muy variados: desde lo neurobiológico a lo psicopatológico pasando por un fuerte soporte desde la clínica.

El fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas ha estado acompañando al hombre desde siempre. *“Tras milenios de uso festivo, terapéutico y sacramental, los vehículos de ebriedad se convirtieron en una destacada empresa científica, que empezó incomodando a la religión y acabó encolerizando al derecho, mientras comprometía a la economía y tentaba al arte”*.<sup>6</sup>

Los cambios que se han experimentado en las últimas décadas, se han debido a una serie de factores de lo más variados y complejos, aún no del todo conocidos en profundidad, a pesar de la enorme cantidad de investigaciones y de publicaciones de todo tipo al respecto. El uso indebido de drogas se ha transformado en uno de los fenómenos más preocupantes con los cuales debe enfrentarse el hombre actual. Es dinámico, cambiante, polideterminado, en su génesis confluyen, como en la formación de un río múltiples factores, muchos de ellos tan difíciles de ver como el origen o nacimiento del caudal. Estos pueden ser de índole genética, biológica, psicológica, familiar, cultural, política, ecológica y social. Pero la desembocadura del río en el mar es más fácil de apreciar, y diagnosticar, aun por el lego.

La adicción *“es un modo de existencia que encuentra su origen en una experiencia pero que no se limita a ella”*<sup>7</sup>. La sociedad actual facilita y hasta promueve las adicciones a través de un doble mecanismo: la creación de sensaciones de vacío y proliferación del estrés por un lado y la búsqueda de la gratificación inmediata por otro. Esta sociedad

---

<sup>6</sup> A. Escohotado (1992) *“Historia General de las Drogas”*, Ed. Alianza, Madrid,

<sup>7</sup> Según Pedinelli, Rouan y Bertagne citados por Alonso Fernández.

actual que provee los recursos para ambos constituye una civilización adictiva. A. Yaría se refería hace algunos años a que la sociedad del bienestar estaba teniendo un malestar y buscaba calmarlo a través del uso de drogas. Actualmente se agrega que ya es no solo el uso de sustancias que provoquen sensaciones de placer sino además de otras conductas de consumo. Predomina la búsqueda del placer inmediato, aunque sea momentáneo, la maximización de ese placer junto a la minimización y hasta la negación de las situaciones de displacer o dolor, (dentro de las cuales se pueden incluir además las consecuencias del consumo).

Es el postmodernismo un nuevo estado de la cultura donde se expresa, para algunos la lógica cultural del capitalismo tardío. Coincide con la caída de las utopías y el crecimiento de los ideales ligados al aquí y ahora, al consumo en el sentido de lo incorporativo, lo inmediato pero también lo efímero y lo superficial, lo hedonista donde el compromiso emocional con el otro es mínimo, es “light” o no existe. Para el clínico esto ha significado un cambio en el perfil de la consulta. Actualmente vemos muchos menos pacientes portadores de las neurosis clásicas, en cambio se han incrementado los trastornos de personalidad, sobre todo del Grupo B del DSM IV. Una de las probables explicaciones para este fenómeno son los cambios sociales a los que hacemos referencia. El consumismo, entonces, aparece y se impone, como una exigencia. Es vivido por la persona como una necesidad. Se trasmite como un modelo, como una propuesta de búsqueda de la felicidad a través de la posesión de objetos en este contexto de relativismo cultural y ético. El valor subjetivo dado al objeto muchas veces supera el objetivo y a veces es a la inversa generando confusión o culminando en una especie de “todo vale” para la obtención de los mismos con la consecuente pérdida de límites y desorientación en donde se mezcla de manera intrincada la supuesta libertad y el poder de lo material. Esto en un mundo en el cual todo se vende o se compra según los intereses de cada uno y donde, y aquí volvemos a lo nuestro, la droga es una mercancía más, un bien de uso con un valor determinado en el mercado. La droga se transforma en palabras de E. Rojas en *“una seudomística en un mundo materialista, hedonista y de consumo”*. La drogadicción es la enfermedad que

representa con mayor claridad la sobreadaptación del individuo a la sociedad de consumo debido a sus características de compulsión, inmediatez, logro de efectos placenteros inmediatos, aceptación y hasta integración del consumo en situaciones sociales, etc. El adicto es, o funciona al menos en su primera etapa, aunque nos pese reconocerlo, como un hiperadaptado. Es el ejemplo, el representante por antonomasia de este sistema social que preferimos no adjetivar.

Esto es tan así que muchas veces cuando el adicto es segregado o marginado por su entorno inmediato, o por la sociedad en general, no se siente estigmatizado ni desacreditado sino que lo vive como un valor de carácter positivo, como un atributo que lo integra a un grupo social, le da un rol en el grupo de pertenencia, el correspondiente al del consumidor o adicto. El estigma de la droga reúne, agrupa mas que separa o margina: identidad grupal y sentido de pertenencia que se reafirma por los aspectos externos como tatuajes, peinados, adornos, vestimenta, pero también lenguajes, códigos, etc. Existe toda una estética y una ética que la acompaña y la fundamenta. En todo caso el adicto se automargina, aunque esto no quiere decir que en múltiples situaciones sobre todo en nuestro país es también marginado por la “sociedad” (colegios, familias de conocidos o amigos, etc.) generándose un doble mecanismo con resultados desastrosos para el progreso de la enfermedad.

*“Los griegos ...crearon el término estigma para referirse a signos corporales con los cuales se intentaba exhibir algo malo y poco habitual en el status moral de quien los presentaba...una persona corrupta, ritualmente deshonrada, a quien debía evitarse”*<sup>8</sup> El estigma nomina lo distinto, lo segrega del grupo, del contexto sociocultural, el momento histórico. Es un atributo deshonoroso, que produce un descrédito en la imagen social de un individuo deteriorando en la práctica su identidad y sus oportunidades sin embargo es también un dador de identidad, en nuestro caso la de “adicto”, y por lo tanto un estructurante.

---

<sup>8</sup> Goffman, E. (1963) “Estigma”, Amorrortu Editores. B.A.

Muchas veces se llega a constituir una *subcultura* a través de la creación, droga mediante, de un mundo nuevo compuesto por un sistema de valores y conductas que se desvían del patrón sociocultural imperante. Para citar un solo ejemplo, antes el “robar” tenía una connotación negativa y se usaban para identificarlos en ese medio subcultural términos tales como “afanar”; actualmente en estos grupos la connotación es positiva, y se traduce en la sinonimia del término ganar: “le gané la cartera”.

Estas subculturas son dinámicas y cambiantes en el sentido más amplio, como ejemplo pueden servir lo que fueron los poetas malditos (Baudelaire, Rimbaud, Verlaine) y el haschich o los “hippies” de los años sesenta y las drogas psicodélicas, los “rastas” de los ochenta y la marihuana, pudiendo plantearse más recientemente el caso de los “yuppies” y la cocaína, o el fenómeno del éxtasis.

Hay en la sociedad muchos sujetos que comparten los mismos objetos; el conjunto de individuos de un grupo determinado tiene en común numerosos objetos. Cuanto más cercano o íntimo es el grupo más son los objetos compartidos, esto les brinda una identidad cultural. Tengamos en cuenta que en el mundo del adolescente uno de estos objetos del contexto grupal puede ser la droga. Frente a ella el sujeto tiene una cierta libertad de opción, pero, él también es parte del sistema. Si la opción es errónea el objeto droga se transformará en el centro del sistema del individuo, lo captará, lo polarizará. El sujeto queda “pendiente de” la droga (de-pendiente), cuando ésta está ausente la deseará, pensará en ella, sentirá su falta, tomará conciencia de su necesidad. El consumidor, estará siendo consumido por la droga o por la ausencia de ella. Si hiciéramos un paralelismo entre la vida y una obra de teatro podríamos imaginar que el individuo sano es aquel que es capaz de ser el actor y el director de su propia obra, es decir, es capaz de escribirla, dirigirla (observa, critica, modifica) y llevarla a escena con éxito. El adicto, como todo enfermo no escribe su guión, fue escrito por otros; no dirige su obra es dirigido; no actúa, es pasivo y si algo hace es confundiendo espontaneidad con impulsividad y orientado a la obtención

y consumo de la droga. No hay seres más desgraciados en el área de la salud mental que los adictos.

Desde un ángulo bastante diferente podemos plantear la idea de que la sociedad actual implica para el individuo una exigencia de eficiencia, esta requiere, además de la capacidad personal, sea innata o adquirida durante su formación, los niveles más altos de actividad, concentración, disponibilidad, productividad, etc. La nueva psicofarmacología tiene la posibilidad y el poder de proveer lo que la sociedad le demanda al generar sustancias que permitan alcanzar estos niveles de funcionamiento tan exigentes a través de la excitación del sistema nervioso central; llegamos a que la droga interpreta a la cultura, la sirve en sus objetivos.

Desde una perspectiva antropológica se ha llegado a plantear que la adicción es un intento del individuo por resolver las contradicciones y paradojas que plantea el ejercicio de la libertad en las sociedades modernas y que más que dependencia a una sustancia sería una sujeción a un modo de vida, el del adicto. Búsqueda, huida, viaje a los espacios interiores o exteriores, la fascinación por el descontrol y el fracaso, la negación, el “drop out”; basta releer a W. Burroughs o a Kerouac. H. Michaux decía *“dejábamos de ser hombres, uno se sentía atrapado y prisionero en un taller del cerebro”*<sup>9</sup>. Aunque no debemos olvidar a Thomas de Quincey quien más aportes hizo en este sentido al tema de las drogas además de T. Leary, junto con A. Huxley los mayores representantes de la mística farmacológica, de la protesta química quienes centraron durante años sus esfuerzos en legitimar el consumo de sustancias psicoactivas.

## 6) ASPECTOS CLÍNICOS

---

<sup>9</sup> H. Michaux “Miracle”,

*“Reinan tan duramente sobre los hombres  
a los que llegan a dominar que, mientras  
los encuentran jóvenes y capaces de trabajar  
los obligan a aportar todo el fruto de su trabajo  
y a pagar para satisfacer sus propias apetencias”  
Jenofonte. Económico I, 22*

Hay una serie de elementos propios de las adicciones que, a nuestro entender, tenemos que tener en cuenta y conocer a fondo para plantearnos intervenciones eficaces desde la educación preventiva. No estamos aquí enfocando el tema desde su perspectiva biológica, razón por la cual no incluimos el análisis de fenómenos casi patognomónicos de la dependencia física como los son la tolerancia y el síndrome de abstinencia (Ver ANEXO 1).

La drogadicción aparece, desde lo psicológico, como un conflicto, una lucha en el interior del individuo entre un impulso a consumir y un control. Mucho podríamos decir de las características de este impulso y muchas serían las discusiones y planteos sobre los mecanismos de creación, instalación, mantenimiento y funcionamiento de los mismos. Iguales planteos, similitudes y discrepancias surgen entre las diferentes escuelas psicológicas cuando nos planteamos el tema del interjuego impulso - control. En un breve resumen podemos someramente plantear :

**Compulsión**, impulso sistemático e irreprimible que se traduce en un acto difícil de controlar a pesar de que las consecuencias sean evidentes y conocidas. Acto o conducta que aporta un placer, un bienestar inmediato, o en etapas posteriores tiene la capacidad de calmar un malestar (muchas veces provocado por la propia ausencia del objeto o sustancia) también de manera inmediata. Muchos autores catalogan a las adicciones como un trastorno en el control de los impulsos. Este trastorno impulsivo podría ser considerado como multi impulsivo, ya que, como veremos luego, existe una tendencia a la asociación y al pasaje de uno a otro con gran frecuencia (alcohol-tabaco, alcohol-cocaína, tabaco-comida, alcohol-juego, cocaína-sexo, anfetaminas-deportes, trabajo-opiáceos, compras-comida, trabajo-juego, internet-compras, internet-juego, internet-sexo). La influencia de la terminología



anglosajona y fundamentalmente estadounidense ha hecho que los términos compulsión y adicción sean prácticamente sinónimos, esto no es así en la psiquiatría clásica española o alemana. Una de las manifestaciones clínicas de la compulsión es la pérdida de control manifestada por la incapacidad de abstenerse y/o detenerse aún conociendo el individuo las consecuencias negativas en los más variados aspectos de su vida: biológico, psicológico, laboral y social. Con esta terminología y jerarquizando este elemento semiológico era que la psiquiatría clásica definía las toxicomanías. En el discurso de Alcohólicos Anónimos esto se traduce en frases tales como: “*Una es mucho y cien es poco*”, o “*No a la primera por 24 horas*” pues si no hay primera no habrá segunda ni tercera. El imperativo, manifestado como deseo incontrolable, es consumir y la libertad, como veremos luego se compromete, desaparece.

**Tendencia a la repetición** que se puede asociar al concepto de compulsión, repetición mas o menos frecuente y estereotipada pero siempre presente. La “descarga” se hace en forma de un comportamiento impulsivo, estereotipado con la única finalidad de obtener el objeto. Al mismo tiempo sabemos que cualquier conducta que genere en el individuo una sensación de placer o de bienestar es muy probable que tienda a ser repetida y por lo tanto en función de ciertos “patrones desadaptativos” (DSM IV, ver Anexo 2) o características clínicas, corre el riesgo de convertirse en una conducta adictiva. En la primera etapa los efectos de la sustancia son casi exclusivamente placenteros y el reforzamiento es positivo. La “entrega” al objeto de la adicción puede ser a intervalos o intermitente dependiendo de los mecanismos de control externo, disponibilidad, sentimientos de culpa, etc. Esto se hace patente en los pacientes en tratamiento cuando aparece durante un proceso terapéutico una recaída. Es de hacer notar que en estos casos el paciente suele tener años de convivir con su adicción y es probable que haya pasado por varias terapias y que conozca las consecuencias de su conducta ya que ha realizado múltiples intentos de controlar la misma; recordemos la frase de Mark Twain “*Dejar de fumar es lo más fácil que*

*hay, yo ya dejé como mil veces”* forma jocosa de recordarnos el mito de Sísifo.

Es frecuente que el consumo, más que una fuente de bienestar en una segunda etapa signifique solo un alivio del malestar provocado por la ausencia del objeto, funcionando como un reforzador negativo. Debido a ciertos fenómenos neurobiológicos, este alivio es cada vez de menor intensidad, más breve en su duración y menos eficiente en cuanto a los resultados esperados o efectos anticipados por el consumidor. Sin embargo si estamos en el terreno de la adicción el deseo de la gratificación inmediata pesa más que la conciencia o conocimiento de las consecuencias negativas a corto, mediano y largo plazo.

Ya Epicuro 300 años A.C. decía: *“Actuamos siempre para evitar el dolor y el miedo...el placer es primer bien, innato en nosotros y es a partir del placer que iniciamos cada acto de opinión y rechazo, y que al placer volvemos nuevamente usando el sentimiento como una norma por la cual juzgamos todo lo bueno.”* El placer y el dolor determinan por asociación en la mente del sujeto lo que es bueno y malo para sí

**Inmediatez**, al igual que la compulsión, es una de las características cardinales de las adicciones. Solo las sustancias, objetos o situaciones que tienen la peculiaridad de generar bienestar de manera inmediata tienen la posibilidad de ser adictivos. Se fundamenta en los aspectos más biológicos: acción de neurotransmisores cerebrales, mecanismos de recompensa positiva y negativa (Bases Neurobiológicas, ver Anexo 3) pero también en la influencia de los múltiples mensajes la sociedad postmoderna representada en la conocida frase *“¡No sé lo que quiero pero lo quiero ya!”*.

Es frecuente el planteo hecho por los consumidores de optar entre “sentirse bien ahora o dentro de 5 años”, lo que muchas veces oculta la incapacidad para adoptar libremente decisiones responsables frente a las más variadas y muchas veces tramposas alternativas que hacen perder de vista que al final el verdadero y último protagonista es el individuo

mismo. Nada menos que Sydenham en 1695 hablaba de una droga como “*el remedio más universal y más eficaz creado por Dios todopoderoso*”<sup>10</sup>

No olvidemos que esta inmediatez, este “yaismo” se da en un contexto de relativismo cultural y ético con falsos valores como el éxito económico, el sexo, el dinero, el poder, la perfección física, etc.

**Pérdida de libertad**...de la libertad de elegir, de optar y sobre todo de evitar una acción aun cuando se la reconozca como perjudicial para la salud, como sucede con las conductas adictivas. Aquí es donde la voluntad caduca, el pasaje al acto de consumir es vivido como incontrolable. La relación con el objeto es inevitable, absorbente, focalizada, centralizada, esclavizante, al mismo tiempo que gratificante, placentera, extática. Henri Michaux escribió que “*para complacerse en una droga hay que gustar de estar sujetado*”<sup>11</sup>. El sujeto adicto organiza su vida en torno al objeto de su adicción llegando a ser un ejemplo de aquello de que no puede haber libertad de opción humanamente válida cuando un individuo es esclavo.

Dadas las características clínicas de estos “trastornos” a los que hacíamos referencia arriba: compulsión, tendencia a la repetición, pérdida de libertad, pérdida de control e inmediatez surge como obvio que las conductas generadas no pueden solamente vincularse a las sustancias psicoactivas, muchos otros hábitos de consumo llenan estos requisitos.

## 7) LAS ADICCIONES COMO PATOLOGÍA DEL VÍNCULO

*“Hay algo más fuerte que todos los ejércitos del mundo,  
una idea cuyo momento ha llegado”*

*Victor Hugo*

---

<sup>10</sup> Ehrenberg, A. (1994): “*Individuos bajo influencia*”. Buenos Aires. Nueva Visión

<sup>11</sup> Ídem

Recientemente se ha empezado a manejar el concepto de las adicciones como una patología del vínculo. Dicho de otra manera, no es la droga la que hace al adicto o a la adicción sino el tipo de vínculo que la persona establece con el objeto y ya no solo las características propias de la droga o del sujeto. La forma anómala en que la persona se relaciona con la droga es lo que define la adicción. La sustancia centraliza la vida del individuo, organiza sus tiempos y acciones, su pensamiento y sus emociones. El concepto es el de pérdida de libertad, el de sumisión a algo o a alguien. Para algunos se origina en la palabra anglosajona “addiction”. Para otros deriva del vocablo jurídico francés de la Edad Media, también “addiction”, utilizado para el condenado a depender de otro (el acreedor) por deudas. Los franceses lo tomaron del latín ad-diure que significa adherirse o someterse. De todos modos los conceptos de vasallo y señor están desde el origen del término y forman el núcleo del concepto de la adicción. La definición de la OMS plantea la interacción organismo vivo y fármacos e incluye términos como impulso irreprimible y periodicidad (ver Anexo1).

La adolescencia, nuevo grupo de consumidores desde la década del sesenta, aporta su proceso de cambio: varían los códigos de conducta y éticos, se incrementa y tolera el consumo, el fenómeno del experimentar con drogas se hace más permisivo y hasta obligatorio en algunos grupos representantes de ciertas sub culturas, el proselitismo a favor del consumo de algunas drogas crece enormemente y con ello el consumo y por lo tanto la adicción, también deterioro en la organización familiar con una desestructuración de la familia latina clásica y del proceso de la adolescencia así como un montón de etcéteras en los cuales no vamos a entrar en este momento pues no es el motivo de este trabajo. Para algunos autores el uso indebido de drogas corresponde más a situaciones contextuales de mercado y a circunstancias críticas en lo social y económico que a tradiciones culturales y costumbres, desde esta perspectiva las adicciones se relacionan o son parte de una crisis de la sociedad occidental. Recordemos que el contexto geopolítico de las décadas de los ochenta y noventa en América Latina se caracterizó por una disminución en el ingreso per cápita, problemas demográficos,

migración interna, déficit en los servicios de salud y de educación, creciente desempleo, etc.

Solo agregamos la dramática “actualización” del los prepúberes siguiendo el ejemplo de los adolescentes e ingresando en el mundo del consumo experiencial de sustancias psicoactivas. Este fenómeno en Uruguay se constata a través del descenso en la edad de inicio del consumo que se ha venido dando en los últimos años según constatan las investigaciones epidemiológicas.

Si nos parece importante puntualizar las diferencias de esta nueva forma de consumo con el **uso tradicional – ritual** de drogas ya que en este caso tiene una finalidad religiosa o a la sumo medicinal, la producción de la sustancia es natural y en general estaba a cargo del chaman, o un pequeño grupo asociado a lo religioso o supersticioso, el uso era restringido a ciertas ocasiones prefijadas por la comunidad y a ciertas personas por lo general autoridades religiosas o políticas. En cuanto a la sustancia se trataba en general de una misma droga natural (monodroga) que se usaba por la misma vía y en la misma situación o en el contexto de ciertos actos rituales. La sustancia era un instrumento, una herramienta para la búsqueda de un fin. Weil planteaba que “*el deseo de alterar periódicamente la conciencia es un impulso innato, normal, análogo al hambre o al impulso sexual*” e implicaba la posibilidad de acceder a un nivel superior de conocimiento y de vivencias que llegaban a incluir el encuentro con espíritus o dioses. Posteriormente las **toxicomanías clásicas** reconocen motivaciones individuales más que grupales o comunitarias, el consumo es más hedonista que místico o religioso. La producción todavía es natural como en el caso del opio y la marihuana pero ya no está controlada por el propio individuo y la adquisición sigue leyes del mercado siendo en la mayoría de los casos de carácter ilegal. La droga sigue siendo un instrumento para fines más elevados, ahora creativos literarios, musicales, ingresando en el mundo de las artes y las letras. Más recientemente aún aparecen el fenómeno vuelve a cambiar apareciendo las **toxicomanías modernas**, este uso “moderno o postmoderno” se

corresponde con el de la sociedad de consumo a la que hacíamos referencia más arriba. Aparecen términos como: droga de inicio, droga legal, droga permitida, droga tolerada, droga de preferencia, droga problema. *“La toxicomanía no aparece ya como una llamarada súbita ,y quizá pasajera, sino como una circunstancia permanente con la cual fue necesario aprender a vivir”*.<sup>12</sup>

La sustancia se transforma ahora no en un medio para un fin más elevado, sino en un fin en si misma, se constituye entonces en un objeto, en un bien de uso, en una mercancía. Aquí tienen su lugar las drogas de diseño o sintéticas debido al desarrollo tecnológico más avanzado en la historia de la humanidad que permite fabricar drogas más potentes, mas baratas, mas difíciles de rastrear y de controlar. Por supuesto que hay algunas excepciones como el caso del LSD en la década del sesenta que representa para algunos intelectuales “el viaje” que permite la ruptura con la sociedad que consideran capitalista, castradora, deformante, burocrática, decadente, etc. donde el consumo representa una rebelión, una disidencia.

Es con las toxicomanías modernas que surge el fenómeno del narcotráfico, grupos transnacionales que se caracterizan por: estar cubiertos por empresas legales o instituciones comerciales legítimas. No ser posible obtener datos de auditoría debido a su clandestinidad. Tener cuadros gerenciales poco o nada conocidos con líneas de mando complejas y ocultas, (semejantes a las de toda organización que funciona en la clandestinidad). Manejar grandes capitales económicos que requieren blanqueo. Con un “modus operandi” muy ágil y con capacidad de adaptación que varía según las necesidades no reconociendo vínculos de fidelidad con ningún Estado, gobierno, religión, movimiento o estructura que no sea puntual y para satisfacer sus fines, sin embargo tienen socios en todos los niveles. Valerse de un elevado poder de corrupción. Como corolario me parece globalizador el planteo de Sarason de que *“Tanto el abuso como la dependencia de la sustancias comprenden la conducta adictiva, la presencia de un patrón de actos*

---

<sup>12</sup> M. Pelletier, 1978

*repetitivo que aumenta el riesgo de una enfermedad y se relaciona con problemas personales y sociales” .<sup>13</sup>*

## **8) LAS ADICCIONES SOCIALES O “SIN DROGAS”.**

*“Constituyen uno de los capítulos más representativos de la Psicopatología anunciada para el siglo XXI tanto por los aspectos cuantitativos como por los cualitativos”.*  
F. Alonso Fernández

Estas son enfermedades que se acompañan de mecanismos de negación muy fuertes de parte del paciente, de la familia y de la sociedad. Siendo esta última la que además promueve el consumo a través de la publicidad, los medios de comunicación y la creación de modelos culturales y hasta de género. Pueden ser consideradas enfermedades invisibles por *“su propensión a pasar inadvertidas por otras personas durante una larga temporada”<sup>14</sup>*

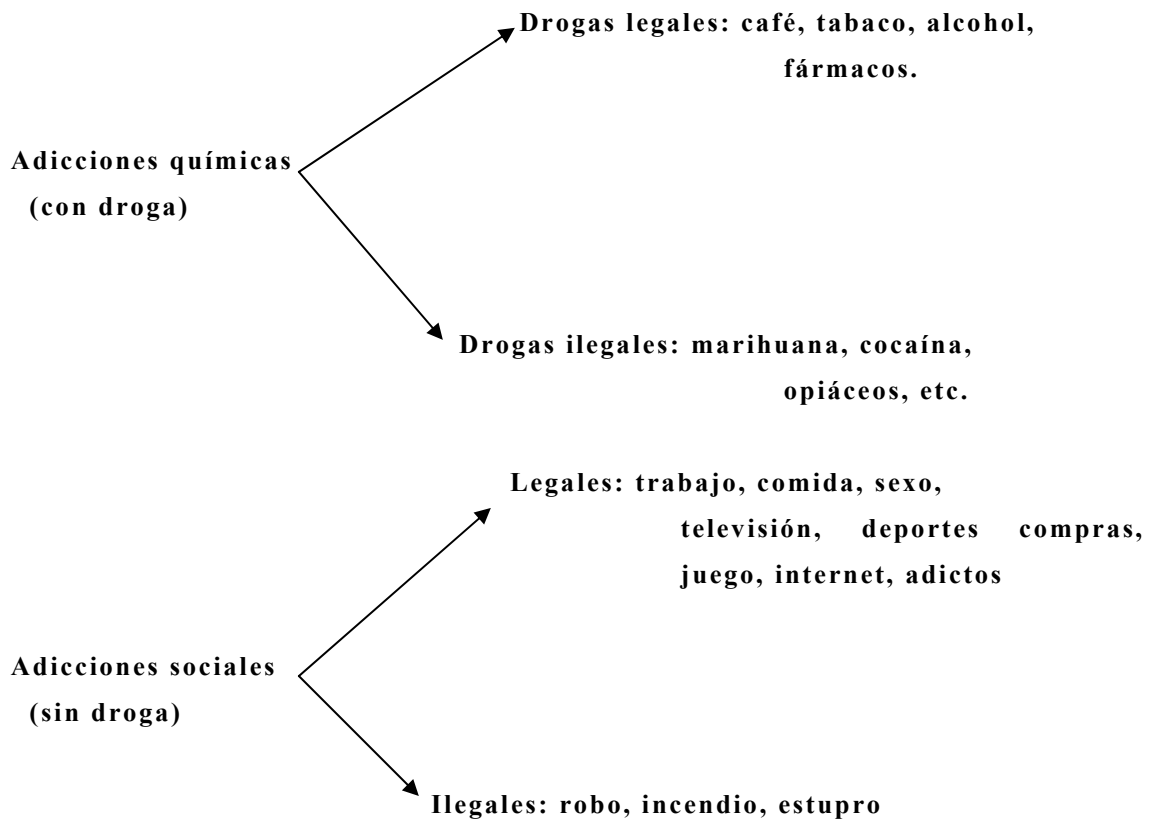
Creemos en la unificación nosográfica de esta serie de conductas adictivas, de patologías vinculares, de anomalías en el control de los impulsos, de alteraciones, de fenómenos sociales de búsqueda de gratificación, de mecanismos neurobiológicos, o de cómo se lo quiera llamar. Implicaría algo así como la creación o inclusión de las mismas en un grupo de trastornos que podríamos llamar “psicopatología de la vida “moderna” (¿ post moderna?).

Siguiendo a Alonso Fernández tendríamos dos grandes grupos constituidos por:

- 1- las tradicionales adicciones a drogas o adicciones químicas y
- 2- las nuevas adicciones sociales llamadas también adicciones sin droga .

<sup>13</sup> Sarason y Sarason (1996)

<sup>14</sup> Alonso, Fernández F. “*Psicopatología*” (2000)



Quisiéramos destacar 2 elementos:

1° Los altos índices de comorbilidad traducidos en el significativo porcentaje de diagnósticos duales en esta patología y dentro de los cuales los más frecuentes son los trastornos de personalidad y las adicciones químicas. Entendemos **por comorbilidad** la presencia de una patología psiquiátrica asociada a .....

2° La tendencia a la asociación o combinación o pasaje entre una y otra de estas adicciones recordamos, a manera de ejemplo, lo frecuente que son la asociación entre alcohol y cocaína, compras y bulimia, tabaco y comida, trabajo y fármacos estimulantes (incluido el café), juego y trabajo.

Created with the  
trial version of  
PDF-Creator.net

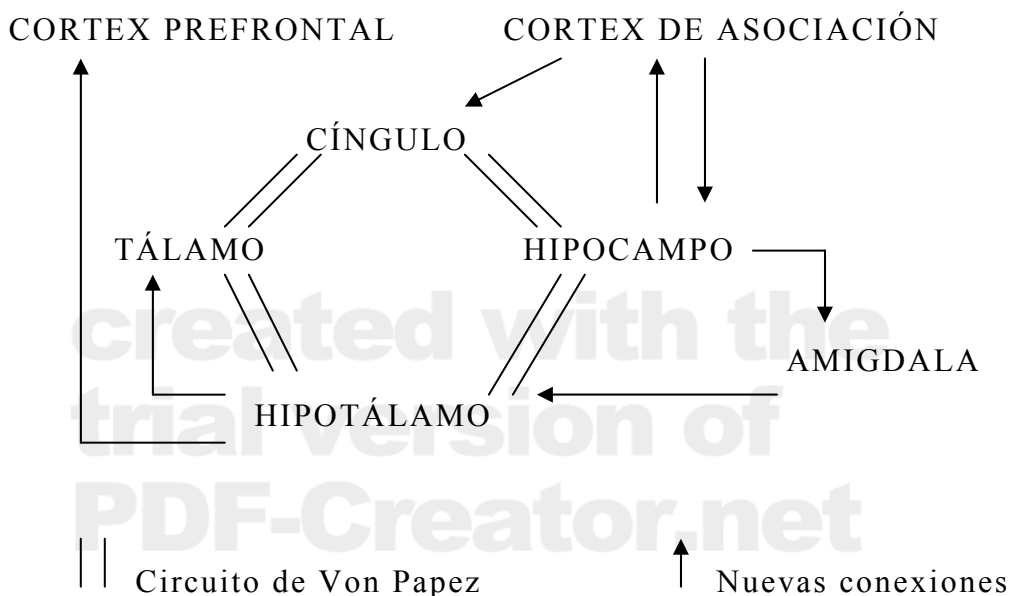


## ANEXO 1 Bases neurobiológicas

Ya en 1937 J. Papez propuso que las emociones tenían un sustrato cortical en lo que Broca previamente había llamado el lóbulo límbico (corteza filogenéticamente primitiva que rodea el tronco cerebral). Posteriormente se constata que una parte clave de este sistema límbico es el hipotálamo. Este se comunica con los centros corticales superiores de tal manera que emoción y cognición se afecta e influyen recíprocamente. El hipotálamo, además de otras funciones reguladoras, integra estímulos externos, que actúan como incentivos, en un circuito de recompensa con estímulos internos que aportan información propioceptiva.

Estos circuitos tienen como mediador químico a la dopamina (otros neuromediadores que intervienen en las adicciones son los opioides y el gaba) con acciones claramente comprobadas para la autoestimulación en animales y el placer en humanos. Tanto que algunos hablan de un centro del placer.

Hay suficientes pruebas para afirmar que dentro de estas neuronas y vías dopaminérgicas las que se originan en el área tegmental ventral y tienen proyecciones corticales y límbicas básicamente al núcleo acumbens están implicadas en la motivación en general y para el consumo en particular.



## **ANEXO 2 Algunas definiciones**

Es importante definir claramente algunos de los términos utilizados en este trabajo para evitar confusiones. Sobre todo a la hora de hacer diagnósticos o plantear abordajes terapéuticos, especialmente cuando estos son en el ya de por sí difícil terreno de la adolescencia. Las siguientes se corresponden con aquellas utilizadas y recomendadas por la OMS. En algunos casos agregamos alguna aclaración personal

**Primero: Fármaco o droga** *es toda sustancia que introducida en un organismo vivo puede modificar una o más de su funciones.*

Como vemos prácticamente cualquier sustancia puede entrar dentro de esta definición. Nosotros nos referiremos a aquellas que afectan con preferencia o exclusividad los aspectos psico emocionales o afectivos del sujeto. Lo correcto sería hablar de drogas psicoactivas. Recordamos aquí que pharmakon es un término griego que significa tanto remedio como veneno, no uno ni otro sino ambos a la vez, el límite entre dosis activa, útil o beneficiosa y letal o mortífera no lo establece la sustancia sino el uso dado por la persona. Ya Paracelso enseñaba en ....que “la diferencia entre un medicamento y un veneno está en la dosis”.

**Segundo: Uso indebido** *es 1) el consumo de una droga que no es legal, el uso de una droga legal pero con un propósito diferente a aquél para el cual fue elaborada ejemplo antiparkinsonianos, analgésicos, benzodiazepinas, el uso de sustancias que no fueron elaboradas para el consumo ejemplo pegamentos, nafta o el uso de drogas, que si bien son legales o socialmente aceptadas, se hace en situaciones de responsabilidad ejemplo alcohol y conducción de vehículos. Este término, que es el de mayor uso en el momento actual para referirse al consumo de sustancias psicoactivas, implica el reconocimiento de un uso debido lo que en la adolescencia puede complicar un poco las cosas.*

**Tercero: Abuso** *es el uso excesivo persistente o esporádico de alguna droga sin relación con el uso médico aceptable.*

**Cuarto: Farmacodependencia** *es el estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco que se caracteriza por un impulso irreprimible a tomar el fármaco en forma periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por su privación.*

Para aclarar un poco más el concepto insistiríamos en lo planteado en el texto ya que, a nuestro entender, la clave está en el vínculo que se establece entre el sujeto y el objeto (la droga), y que las características de este vínculo son las que nos permitirán hablar de uso, abuso o adicción.

**Quinto: Dependencia psíquica** *es el estado en que un fármaco produce una sensación de satisfacción y un impulso psíquico que lleva a tomarlo continuamente para experimentar placer o para evitar un malestar.*

**Sexto: Dependencia física** *es la incorporación de la sustancia a la fisiología del individuo que se presenta o caracteriza por la aparición de síntomas físicos cuando se disminuye o interrumpe la toma del fármaco (síndrome de abstinencia). Estos síntomas físicos son variados a la vez que inconstantes y se corresponden con un estado subjetivo desagradable acompañado de fenómenos físicos generalmente neurovegetativos.*

Nos parece importante aclarar aquí que no todo consumidor es o termina siendo un adicto. Hay niveles de consumo conocidos con los nombres de **experiencial** y de **ocasional** que no implican dependencia o adicción. En el primer caso se trata de un uso puntual, con muy pocas experiencias de consumo, a título de experimento y abandono o discontinuación del mismo muy precozmente. En el segundo caso es la

ocasión que determina el uso, de allí su nombre. En la relación entre la persona y la droga inciden los factores sociales y culturales, la presión de los grupos que integra y la disponibilidad de la sustancia. Es esporádico y se da sólo si se reúnen las condiciones externas. No es planificado, la persona no va hacia la droga. Algunos lo llaman de tipo recreativo o social. Los consumos de tipo **habitual** y **crónico** (referido este último a los consumidores inveterados) constituyen los niveles en que la relación droga-persona es de tipo adictiva y completa los requisitos de las distintas definiciones (OMS, DSM IV, CIE10 y otras).

## **ANEXO 3**

### **Ejercicio para el lector**

Debemos citar, aunque no sea más que al pasar el DSM IV o sea la cuarta versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana. Este tiene un capítulo dedicado a los **“Trastornos Relacionados con Sustancias”** dentro del cual identifica dos grupos el de **“Trastornos Inducidos por Sustancias”** como ser intoxicaciones, abstinencia, delirium, demencia, amnesia, psicosis, ansiedad, alteraciones del ánimo, del sueño, sexuales; y el de **“Trastornos por Consumo de Sustancias”** donde se incluye la dependencia y el abuso.

Quizás lo más interesante sea la definición de los criterios para la **“dependencia de sustancias”** pues allí se plantea “un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

1. tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
  - a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado

- b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
- 2. abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
  - a) el síndrome de abstinencia característico para la sustancia
  - b) se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- 3. la sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período mas largo de lo que inicialmente se pretendía.
- 4. existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
- 5. se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p.ej. visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de a sustancia (p. ej. fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia.
- 6. reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
- 7. se continua tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de los problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p.ej. consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera).

Si ha llegado hasta aquí, suponemos que cuenta con el tiempo necesario para una propuesta. Esperando que haya notado que tratamos de no referirnos a ninguna sustancia o droga psicoactiva en especial, ya que evitamos nombrar a ninguna, salvo excepciones, nos gustaría ahora plantearle el ejercicio de sustituir en el esquema del DSM IV el término droga por cualquiera o si lo desea por todas las situaciones u objetos de las adiciones sociales y nos comunique su opinión al respecto.

Created with the  
trial version of  
PDF-Creator.net

## BIBLIOGRAFÍA

**Alonso Fernández, F.** (2000) “Consumopatía y compra adictiva” Psicopatología 20,1 (47-61). España

**Alonso Fernández, F.** (2000) “Las adicciones sociales y sus límites” Psicopatología 20, 1 (3-14). España

**Alonso Fernández, F.**(1997) “Psicopatología del Trabajo”. Ed Edika Med.Barcelona.

**American Psychiatric Association.**(1997): “Directrices para la Práctica Clínica. Cap. sobre adicciones” Ed. EdikaMed Barcelona. España.

**Bandura, A. Walters, R.**(1988) “Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad” 9ª Ed. Ed. Alianza. España.

**Beaubrun, M.** (1987) “La oportunidad de crecer: la educación frente al abuso de drogas” OEA. Washington.

**Becoña, E.**(1999) “Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas” Plan Nacional sobre drogas. Madrid.

**Bulacio, B., Calabrese, A. y otros** (1988): “El Problema De La Drogadicción.” Enfoque Interdisciplinario. Ed. Paidós. Buenos Aires.

**Baudelaire, Ch.** (1994) “Los paraísos artificiales. El vino y el Hachis La fanfarlo” Ed. M:E: España.

**Calafat, A. Amengual, M** (1988) Actuar es posible. Educación sobre el alcohol” Delegación para el gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid.

**Calafat, A. y otros** (1998) “Tu decides:10 años de un programa de prevención escolar” En Adicciones Vol 7 Nª 4 pag. 509-526.

**Caplan, G.** (1980) ”Principios de Psiquiatría Preventiva”. Ed. Paidós Buenos Aires.

**CIC/OEA:** Centro de Información Computarizada del Instituto Interamericano del Niño/OEA.

**Clínicas Médicas De Norteamérica** (1997): “Abuso de Alcohol y otras Sustancias.” Ed. McGraw-Hill Int. Vol.4.

**Comisión Interamericana Control Y Abuso De Drogas, Cicad/Oea.** (1997): “Sistema Interamericano Unificado de Drogas, SIDUC”, mimeo, Washington, DC.

**da Silva, F.**(2001) “Algunas consideraciones acerca del diagnóstico de drogodependencia en la adolescencia”, Rev. Uruguay de Ginecología de la Infancia y la Adolescencia, Vol. III N° 2. Montevideo

**da Silva, F.**(1998) “Farmacodependencia” en Introducción a la Medicina Familiar Pág. 198-223, Ed. UDELAR. Montevideo.

**Dolto, F.**(1989): “La Droga” Palabras para Adolescentes” Ed. Atlántida.

**D.S.M. IV.** (1995): “Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales”. Ed. Masson. España.

**Echeburúa, E.** (1999) “¿Adicciones sin drogas? Las nuevas adicciones” Ed. Desclee De Bouewer. Bilbao.

**Ehrenberg, A.** (1994): “Individuos bajo influencia”. Nueva Visión. Buenos Aires.

**Escohotado, A** (1992): “Historia de las drogas.” Ed. Alianza Tomos I, II y III. Madrid.

**Fernandez, R. Kalina, E.**(1988): “Psiquiatría Biológica.” Aportes Argentinos. Ed. Cangrejal. Buenos Aires.

**Forselledo, A.G.** (1994): “Contexto Latinoamericano, Salud Y Consumo De Alcohol Y Drogas Por Los Jóvenes” Boletín Foro, Año 7 N° 19 INN/OEA-Optar . Montevideo.

**Forselledo, A.; Esmoris, V; Auersperg, Y.; Nogueira, G** (1991): “Enfoque de Riesgo y Farmacodependencia Factores Vinculados a la Oferta y Demanda. Un Taller de Riesgo Familiar”- Foro Boletín. Año 4 N° 10 IIN/OEA-OPTAR. Montevideo.

**Forselledo, A.G.:** “Manual Regional de Educación Preventiva Participativa para Jóvenes y Padres”. Programa de Prevención de las Farmacodependencias- Instituto Interamericano del Niño (IIN/OEA).

**Foucault, M.**(1998): “Vigilar y castigar”. Ed. Siglo XXI. Madrid.

**Freire, P.** (1972): “La Educación Como Práctica De Libertad“. Ed. Tierra Nueva.

**Freire, P.** (1998): “Pedagogía de la autonomía”. Siglo XXI. Madrid.

**Freire, P.** (1998): “Pedagogía de la esperanza.” Siglo XXI. Madrid.

**Goffman, E.**(1963): . “Estigma.” Ed. Amorrortu. Buenos Aires.

**Grimson, W. R.:** “Sociedad de adictos. La comunidad en la prevención y tratamiento de las adicciones”. Planeta,1999. Buenos Aires.

**Kalina, E.**(1994): “Adolescencia y Drogadicción”. Ed. Nueva Visión. Buenos Aires,

- Lipovetsky, G.** (1994) "La era del vacío." Ed. Anagrama. Barcelona.
- Mc. Dougall, J.:** "Las mil y una caras de Eros. La sexualidad humana en busca de soluciones.". Paidós, 1998. Buenos Aires
- Mc Kenna, T.** (1993): "El manjar de los dioses" Ed. Paidós. Barcelona.
- Miroli, A.** (1976): "Las Drogas.". Ed. El Ateneo. Buenos Aires.
- Musacchio, A.; Ortiz, F.** (1992): "Drogadicción" Ed. Paidós. Buenos Aires.
- Nahas, G; Trouve,R** (1992): "Manual de Toxicomanías.". Ed. Masson. España.
- Olievenstein, C.**(1986): "La vida del toxicómano.". Ed. Fundamentos. España.
- Ollievenstein, C.** (1985) "Toxicomanía" Ed. Fundamentos. Madrid
- Oughourlian, JM.**(1977) "La Persona del Toxicómano" Ed. Herder. Barcelona.
- Organización Panamericana de la Salud** (1992): "Temas de Salud Mental en la Comunidad" Ed. Isacc Levav.
- Papp, P.** (1988): "El proceso de Cambio.". Ed. Paidós. Buenos Aires.
- Publicación**-Curso Internacional Para Graduados Y Docentes Universitarios (1998): "Problemas Vinculados Al Consumo De Sustancias Adictivas." Tomo I. Montevideo-Uruguay.
- Publicación** -Curso Internacional para Graduados y Docentes Universitarios(1998): "Problemas Vinculados al consumo de Sustancias Adictivas" Tomo II. Montevideo-Uruguay.
- Sarason, I. G. y Sarason, B.**(1996): "Psicología Anormal. El problema de la conducta inadaptada.". Ed. Prentiss Hall. U.S.A.
- Sarue, E; Bertoni, N y Otros** (1985): "El Concepto de Riesgo y el Cuidado de la Salud". IIN/OEA-CLAPS/OPS-OMS
- Sissa, G.** (1998): "El placer y el mal. Filosofía de la droga.". Ed. Manantial Bs. Aires
- Solé, E** (1996) "El Peso de la Droga. Un reto para la Humanidad" Ed. Flor de Viento. Barcelona.
- Szasz, T. Savitt, R.**(1979): "Psicopatología del drogadicto".. Ed. Alonso. Buenos Aires.



**The Psychiatric Clinics of North America.** (1999) “Addictive disorders” Ed. Saunders Company. USA.

**The Psychiatric Clinics of North America**(1993) “Recent Advances in Drugaddiction” Ed. Saunders Company. USA

UNESCO (1973) “La verdad sobre la droga”. Ed. Unesco. Paris.

**Washton, A.** (1995): “La Adicción a la Cocaína. Tratamiento, Recuperación y Prevención”. Ed. Paidós. Barcelona.

**Yaría, J.** (1993): “La existencia Tóxica”. Ed. Lumen. Buenos Aires.

**Yaria, J** (1988): “Los adictos, las comunidades terapéuticas y sus familias”. Editorial Trieb. Buenos Aires.

Lo difícil y trascendente es la prevención y la etapa de reinserción cuando esta forma parte del tratamiento.

created with the  
trial version of  
PDF-Creator.net