

Una aproximación a los modelos de comprensión de la farmacodependencia

An approach to the models of the drug addiction comprehension

*Adriana Margarita Mejía Laitano**

*Víctor Hugo Cano Bedoya***

Recibido octubre 07 de 2010, aprobado noviembre 16 de 2010

Resumen

En el presente artículo se exponen dos elementos sobre la temática de la farmacodependencia; el primero es la problemática que existe con respecto al concepto del objeto de consumo y a la noción de modelo. El segundo es realizar un acercamiento a la descripción de los modelos que se han constituido a lo largo de la historia y que guían las prácticas actuales en la atención a la farmacodependencia. Aunque sea usual hablar de modelos, el texto se refiere a perspectivas, con el fin de agrupar algunos modelos que presentan similitud en la forma de abordar el fenómeno y, así, facilitar al lector la comprensión de los mismos.

Palabras claves: modelo, perspectiva, objeto de consumo.

Abstract

In this article are two elements to the field of drug, the first is to expose the problems that exist concerning the concept of object of consumption and what is meant by model and the second is to achieve a rapprochement with the description of the models that have been formed along the history and current practices that guide the response to the drug. Although there is talk of models, we in this text we refer to prospects in order to bring together some models that show similarity in the way of tackling the phenomenon, and facilitate the reader in understanding them.

Key words: model, perspective, the subject of consumption.

* Psicóloga de la Universidad de San Buenaventura. Correo adrianalaitano@hotmail.com

** Magister en Psicología, coordinador del Grupo de Investigación de Estudios Psicosociales en Adicciones, GIEPSA, de la Universidad de San Buenaventura, seccional de Medellín. Correo electrónico: victor.cano@usbmed.edu.co

Introducción

Todas las cuestiones que se refieren al tema de las drogas, incluida la propia determinación del concepto, son confusas y complejas, según (Del Cedro, 2003) y (Sánchez, 2005), sin embargo, a pesar de la problemática que emerge de la falta de unanimidad en el concepto de lo que es un modelo, y de la manera como éste se mezcla y se confunde con lo que se define por enfoque, por tal razón, cabe referirse, mejor, a unos modelos que históricamente se han establecido y que intentan explicar la forma en que se ha constituido el conocimiento de las adicciones, los cuales fundamentan las bases para la práctica o las intervenciones para la atención de la farmacodependencia.

A partir de la revisión de las fuentes bibliográficas y de autores que son referenciados como Nowlis (1975), Vega (1992) y Romaní (1999), se encuentra que, a pesar de la diversidad, hay unos modelos que predominan y otros que son emergentes. Así, de estos referentes, es importante tener en cuenta que existen varias formas de abordar al objeto de consumo, al sujeto que lo hace, y, por supuesto, de los modelos o perspectivas que pretenden dar cuenta del tema.

De acuerdo con Arias & Patiño *et al*, (2006), el “objeto droga”, por su parte, es una construcción intersubjetiva (cultural y psicológicamente posible), a partir de la cual asume la forma de sustancia (como fetiche), o de problema (cuestionamiento por sus efectos de toda índole). Es así como existen varias formas de referirse al objeto de consumo, como son por ejemplo: droga, sustancia psicoactiva, estupefaciente, tóxico, alcaloide, entre otros. El término droga puede tratarse de forma diferente según el tipo de enfoque, es decir, según la medicina, las drogas son cualquier sustancia con capacidad para prevenir o curar enfermedades o, bien, para mejorar el bienestar psicofísico; de otro lado, según la convención de las Naciones Unidas, a través de su programa de control de las drogas y el delito (Onudc) y en la *Declaración sobre reducción de la demanda*, las drogas se asumen como objeto de control internacional; bajo el enfoque de la farmacología, por su parte, se

refiere a cualquier agente químico que altera los procesos fisiológicos bioquímicos de tejidos u organismos, etc.

Las sustancias psicoactivas son equivalentes a drogas psicotrópicas y es el término más neutral y descriptivo para toda la clase de sustancias, tanto legales como ilegales, que son de interés para la política sobre drogas. El término “psicoactivo” no implica necesariamente que produzca dependencia, y en el lenguaje común, se deja como tácito o no expresado, por ejemplo en expresiones como “uso de drogas” o “abuso de sustancias”.

En conexión con el apartado siguiente, se encuentra que en cada uno de los modelos o perspectivas que abordan la temática, se puede hallar una forma particular de referirse al objeto de consumo.

1. ¿Qué es un modelo?

Los modelos, según Romaní (1999), se definen como sistemas cerrados y, más o menos, coherentes, de un conjunto de discursos y normas debidamente jerarquizados, y formas de acción y procesos de institucionalización derivados de ellos. Estos sistemas implican una toma de posición respecto a la realidad, por lo que se articulan a valores, visiones del mundo, concepciones de sujeto, responsabilidades, etc., lo que muestra una posición ideológica de fondo, es decir, que responden a intereses particulares derivados de determinadas correlaciones sociales. Estas concepciones, —en términos de Romaní (1999), citado por Sánchez (2005)— sobre lo permitido y no permitido en la realidad, tienen consecuencias prácticas fundamentales, debido a que implican el desarrollo de instituciones y tecnologías orientadas a la acción.

De igual forma, la Organización Mundial de la Salud, entiende el modelo como un conjunto de relaciones entre elementos claves en una estructura, o en un proceso que se puede generalizar y aplicar a muchas otras situaciones y procesos similares (OMS, 1983). Otra aproximación al concepto de modelo, es el planteado por Alonso & Salvador *et al* (2004), quienes lo explican como una representación abstracta de las

relaciones entre los componentes lógicos, analíticos o empíricos de un sistema. Se trata de una expresión formalizada de una teoría o situación causal, que se considera que ha generado los datos observados.

En ese orden de ideas, los modelos son estructuras que poseen jerarquías, tienen una posición ideológica de fondo y, sobre todo, están relacionados con las acciones institucionales. Se puede plantear que los modelos que abordan el tema del consumo de sustancias psicoactivas son, en parte, constituidos por los discursos sobre la droga (Ghiardo, 2003), es decir, los discursos producidos desde lo “oficial” o lo institucional, a diferencia del discurso de la droga, el cual es construido por los propios sujetos consumidores en su vida cotidiana, aunque, es preciso considerar que en el ejercicio práctico de los modelos, en particular los que son fundamentados psicosocialmente, tienen interés en la dimensión subjetiva del consumo, y, a partir de ésta, realizan los diversos procesos de acompañamiento tanto al sujeto como a las comunidades.

Según Nowlis (1975), existe una serie de modelos interpretativos y realiza una clasificación de estos, de acuerdo a la explicación que hacen del “problema de las drogas”. Los modelos se orientan a través de tres elementos fundamentales para el estudio de la farmacodependencia como son: la sustancia, el sujeto y el contexto, de los cuales como ya se mencionó, existe diversidad en la manera de entenderlos.

Cada modelo representa una cosmovisión respecto al mundo y responde a los intereses de determinado grupo social. En relación con lo plantean (Romaní, 1999) y (Sánchez, 2005), es desde estos discursos que se asume cualquier intervención, y a partir de los cuales se significan los resultados de las mismas, en otras palabras, de la visión que el modelo tenga sobre fenómeno del consumo de sustancias, del sujeto que consume y del objeto de consumo en sí, va a depender el tipo de intervención, o de acciones que se desarrollen.

De igual forma, no se puede perder de vista, que en los modelos también se juega el asunto del poder y el control sobre los individuos, por lo que

está de fondo el asunto de lo que está permitido y lo que está prohibido. Sobre el control y poder existen diversos autores que lo han tratado, para efectos de ilustración vamos a retomar un planteamiento hecho por Mill a mediados del siglo XIX en su texto sobre la libertad:

[...] aquí me refiero a la libertad social o civil, es decir la naturaleza y límites del poder que puede ser ejercido legítimamente por la sociedad sobre el individuo: cuestión raras veces planteada y, en general, poco tratada, pero que con su presencia latente influye mucho sobre las controversias prácticas de nuestra época y que probablemente se hará reconocer en breve como el problema vital del porvenir” (Mill, 1980).

Con respecto a los intereses que estarían presentes en los modelos, desde un punto de vista académico, éstos deben de ser interrogados, ya que ningún modelo está exento de influencias, ideologías, creencias, y demás. Si bien es cierto, los diversos modelos que abordan la temática del consumo de drogas, pretenden darse un estatus de “cientificidad”, sin embargo, no son ajenos a los diversos intereses que existen frente al tema, puesto que los modelos se “encarnan” en las personas que tienen alguna relación con el fenómeno, debido a que el consumidor de psicoactivos no es el único actor en el escenario del consumo, también están presentes los expendedores, distribuidores, fuerzas policivas y de control, los profesionales de la salud pública, la familia del consumidor, entre otros.

En cada modelo se explica, de diferentes formas, el fenómeno de la farmacodependencia y ponen énfasis en uno de los tres elementos (la sustancia, el sujeto y el contexto), aunque estos son diferentes en las acciones, medidas, objetivos, etc. En el Directorio nacional, publicado en 2005 por el Ministerio de Protección social, se entienden como modelos las formas de intervención, como son: la Comunidad terapéutica, el Modelo de los 12 pasos (Alcohólicos Anónimos, Narcóticos Anónimos), Modelo de Minnesota, Modelo espiritual - religioso - teoterapia, Modelo médico - clínico - psiquiátrico, Psicológico - interdisciplinario,

Pedagógico reeducativo, y otros modelos que constituyen las terapias alternativas. Veamos una descripción breve en qué consiste cada uno de estos.

Comunidad terapéutica: programa que surge en Inglaterra con el fin de tratar que las comunidades de los hospitales tuvieran una participación más activa para poder lograr la resocialización y la reinserción de los individuos a la sociedad. Actualmente, las comunidades terapéuticas consisten en programas estructurados, en los cuales, los pacientes permanecen de 6 a 12 meses internos, pero que, en algunos casos, se pueden extender hasta 3 años. Para poder acceder a estos programas, los pacientes deberán ingresar por su propia voluntad y aceptar las reglas que se establecen dentro de éste. La comunidad está organizada por una jerarquía, de acuerdo con las funciones que cada persona debe cumplir; está dirigida por aquellos miembros que han sido residentes por un largo periodo de tiempo y son quienes coordinan las funciones de los demás residentes. El proceso terapéutico consiste en reuniones frecuentes con toda la comunidad; cuentan con la participación de un equipo de profesionales, quienes se encargan de asegurarse sobre el adecuado proceso terapéutico, así como de ex-pacientes rehabilitados, quienes juegan un lugar muy importante; así, el objetivo último consiste en ayudar a la resocialización del paciente para que pueda llevar una vida libre de drogas y de las consecuencias que ésta produce.

El Modelo de los 12 pasos: surge a partir de los modelos originales de Alcohólicos Anónimos, iniciados en 1935, los cuales comienzan con el encuentro de dos personas quienes abusaban del alcohol y que evolucionó de tal forma que terminó siendo una gran comunidad que se ha extendido a nivel mundial y que, gracias a este modelo, se crearon otros programas como Narcóticos Anónimos. Estos programas parten de cuatro supuestos fundamentales: el primero, considera que la dependencia al alcohol y otras drogas involucra una dimensión biológica y una psico-social; el segundo, entiende la adicción como

una enfermedad que involucra dimensiones tanto fisiológicas como psicológicas; en tercer lugar, plantea que la dependencia a las drogas y al alcohol tiene consecuencias para la vida espiritual del individuo y, por último, estos programas asumen que las personas son incapaces de controlar su problema, por lo que la abstinencia total constituye un requisito indispensable para su tratamiento y el logro de su recuperación.

Este modelo consiste en reuniones diarias de una hora, las cuales siguen un formato predeterminado que incluye aspectos, tales como: confrontación, educación, tareas específicas, etc. El programa consta de 12 pasos que van desde el reconocer la falta de poder para controlar el problema, la invitación a creer en un poder superior, tal como cada persona lo entienda, reconocer los errores cometidos y permitir a Dios liberar al individuo de todos sus defectos, estar en contacto con Dios hasta poder llevar el mensaje a otros individuos con problemas similares. La duración del tratamiento está ente los tres meses o un año y puede llegar a prolongarse para toda la vida.

Modelo de Minnesota: algunos tratamientos residenciales, también, utilizan un enfoque de 12 pasos modificado, comúnmente denominado “Modelo Minnesota” que ofrece otras intervenciones complementarias al tratamiento, además, del concepto de auto-apoyo, en particular alternativas de desintoxicación y deshabitación asistidas. Este modelo es comprehensivo, se orienta al logro de la abstinencia y cuenta con equipos multi-disciplinarios, retoma algunos aspectos del modelo de comunidad terapéutica como el concepto de “atmósfera terapéutica”, rutinas y tareas cotidianas y el énfasis en construcción de valores y creencias positivas (Cook, 1988, Cit: Mejía, 2005, p. 21).

Modelo espiritual - religioso - teoterapia: en éste se pueden encontrar los grupos de auto - ayuda, que consisten en asociaciones de personas con problemas de abuso de drogas que se reúnen con el fin de darse apoyo y comprensión, entre ellos, el compartir experiencias, resolver conflictos, etc.

Estos grupos se caracterizan, principalmente, por que no tienen un director o autoridad a cargo de las reuniones y del proceso del tratamiento, son los mismos integrantes del grupo quienes se encargan de dirigir, coordinar y orientar las actividades y sus procesos. Todos los miembros de la asociación deben compartir el mismo problema, es decir el abuso de drogas, las reuniones son informales y la participación en los grupos es abierta a cualquier persona con ese tipo de problemática.

Modelo médico - clínico - psiquiátrico: se incluyen los programas de farmacoterapia que pueden ser muy distintos de acuerdo al tipo de sustancia específica, pero, en general, pueden cumplir cuatro funciones fundamentales en el tratamiento para la dependencia a las drogas, las cuales son: la *desintoxicación*, que consiste en la utilización de medicamentos destinados a reducir o controlar los síntomas del síndrome de abstinencia. La segunda, es la *estabilización* y *mantenimiento* que son exclusivos para el tratamiento de sustancias opioides, como lo es la heroína y, asimismo, consisten en administrar al paciente una droga substituta, cuyos efectos se producen a largo plazo y permiten al paciente funcionar con cierta normalidad sin presentar los síntomas del síndrome de abstinencia. La tercera es un tratamiento antagonista, que consiste en el uso de medicamentos para bloquear los efectos de la droga, a la cual el individuo es dependiente. Por último, un *doble diagnóstico*, en el cual, la farmacoterapia es también utilizada para el tratamiento de desordenes psiquiátricos en aquellos casos en que éstos se presenten en conjunto con el problema de las drogas.

Modelo psicológico - interdisciplinario: en éste se aplican, también, diversidad de enfoques, en particular el cognitivo-conductual y el de aprendizaje social con los cuales se busca cambiar las actitudes y creencias que llevaron a consumir y a mantener dicha conducta. Dentro de estos enfoques se encuentran las intervenciones motivacionales, entrenamiento en auto-control, entrenamiento en habilidades (sociales, resolución de problemas, manejo de emociones, etc.), prevención de recaídas (manejo de disparadores de consumo,

modelamiento), modificación de estilos de vida, terapias aversivas (p. ej, naltrexona, disulfiram), exposición a claves ambientales, entre otros. Por otra parte, se cuenta con enfoques psicológicos con énfasis sistémico en el que la intervención familiar, cobra mayor importancia y el enfoque psicodinámico. Estas intervenciones se realizan, por lo general, en el marco de una psicoterapia individual, familiar o grupal (Mejía, 2005, p. 22).

Es preciso aclarar, que en el caso de la Psicología, no sólo se concibe como un modelo de intervención, también incluye teorías que pretenden dar cuenta del fenómeno del consumo, como son la teoría del razonamiento de Fishbein & Ajzen (1975), la teoría del aprendizaje social, el Modelo de desarrollo social, la teoría del autorechazo de Kaplan (1996), la teoría multietápica del aprendizaje social, el Modelo de la progresión en el consumo de Kandel (1984), la teoría de los Clusters amigos de Oetting & Beauvis (1987) y la teoría de la conducta problema de Jessor & Jessor de (1977) entre otras.

Modelo pedagógico - reeducativo: este modelo se fundamenta en la educación para la rehabilitación social; la prevención y la atención de problemáticas que tienen que ver con el uso y abuso de sustancias psicoactivas; el abordaje de problemáticas asociadas a la atención a niños y adolescentes que se encuentran en situación irregular (menor infractor o partícipe de una infracción penal) y capacitación en otros saberes de las ciencias sociales (Funlam, 2009).

Modelos alternativos: en este caso, los tratamientos ofrecidos, se basan en el conocimiento de la medicina alternativa y, además, de la influencia de la espiritualidad oriental, de las cuales emergen una gran diversidad de opciones de tratamiento. Estos van desde el uso de laxantes y eméticos naturales para la purga del cuerpo; la compensación con complementos nutricionales o con “sueroterapia”, el yoga, la meditación, las cámaras hiperbáricas, la homeopatía, la acupuntura, el uso de algas, el yagé en tomas “terapéuticas”, entre muchas otras aplicaciones (Mejía, 2005).

Con respecto a los modelos que abordan el consumo, como tal, se encuentran los tipos o enfoques de tratamiento, propuestos, principalmente, por el Ministerio de la Protección social (2005) y desde las teorías etiológicas formuladas desde la psicología; al igual que son asumidas como modelos (Fishbein & Ajzen (1975), Kaplan (1996), Kandel (1984), Oetting & Beauvis (1987), Jessor & Jessor de (1977).

En el caso del presente artículo, se entenderá la noción de modelo, desde las perspectivas disciplinares complejas, que se han constituido como tradiciones; de ahí, cabe decir que son los que han dirigido las acciones que se emprenden frente a la farmacodependencia. Los modelos que se desarrollan a continuación, representan una cosmovisión respecto del mundo y responden a los intereses de determinado grupo social, además, tienen definido unos objetivos que, consecuentemente, corresponden con su objeto de estudio y de estos modelos, que podemos entender como los tradicionales, se basan los modelos contemporáneos para realizar sus intervenciones.

Aunque las formas generales de abordaje del fenómeno del consumo de sustancias se les denomina modelos, en el presente artículo se hablará de perspectivas, ya que, si bien es cierto, son seis los modelos interpretativos (modelo ético- jurídico, modelo médico- sanitario, modelo sociocultural, modelo ecológico, modelo psico- social, modelo geopolítico - estructural), aquí se van a comentar cuatro perspectivas, la primera es la ético – jurídica; la segunda, la médico sanitaria; la tercera, la *psico-socio-cultural*. Esta última se enuncia de esta manera, en tanto que estos últimos tres modelos mencionados tienen una forma parecida de entender el fenómeno, y en la práctica se puede ver que algunas instituciones, en sus intervenciones retoman aspectos de los tres, la diferencia de cada una de ellas está en las acciones que se emprenden, pero en los objetivos por alcanzar se puede ver una complementariedad entre cada uno de ellos. Estas diferencias y similitudes serán presentadas en un ítem posterior y, finalmente, se abordará la perspectiva geopolítica - estructural.

Es preciso considerar, por su parte, el enfoque de la reducción del daño, sin que se constituya como tal en un modelo, puesto que, en la práctica de las instituciones, según la Consulta Nacional sobre educación y reducción de daños, realizada en conjunto por la Unesco, la Fundación Procrear, la ONU (2008), hay acciones que realizan las instituciones que corresponden a la reducción del daño, pero que no se entienden de esa forma, incluso, en instituciones que dicen trabajar la abstinencia completa.

2. Los modelos y su forma de abordar el fenómeno del consumo de sustancias

De los modelos que se van a describir, el primero es el *ético-jurídico*, éste le asigna un papel fundamental a la sustancia, el objetivo principal aquí consiste en la reducción de la oferta, en propender para que las drogas no legales estén fuera del alcance de la población y, por último, en castigar las conductas de consumo.

Según este discurso, quien consume sustancias psicoactivas o estupefacientes es drogodependiente y, por tanto, susceptible de recibir tratamiento. Así, al revisar el marco normativo colombiano, se encuentra que, en 1928 con la ley 118, ya se empieza hablar de farmacodependencia, luego en la ley 12 de 1943, se empieza a castigar la fabricación, transformación, extracción, preparación, posesión, oferta, venta, distribución y compra de esas sustancias psicoactivas (Cano, 2004); paralelo al desarrollo penal del País, en relación con este tema, se evidencia en la vida cotidiana nacional, diversas consecuencias del consumo y tráfico de drogas, que va desde la proliferación de mafias, enriquecimientos rápidos, marginalidad, infecciones, hasta conductas delictivas por parte de los consumidores.

Es por esto que las acciones de enfrentamiento al fenómeno están enfocadas en medidas prohibicionistas, represivas y de control. Aquí el que consume o el dependiente puede verse como un delincuente, como se podría ver en el decreto 1858 de 1951, según el cual, se considera al consumidor como un criminal, como también a los que cultivan,

elaboren o comercialicen, de cualquier manera, sustancias psicoactivas, por lo que son objeto de penas de 2 a 5 años; es decir, se condena a las personas que tengan contacto con las drogas, en tanto están por fuera de la Ley. La reglamentación hasta aquí presentada, al igual que el Código Nacional de Estupefacientes de 1986, por ejemplo, se centra, más que todo, en la reducción de la oferta de drogas.

Este primer modelo, desde su carácter punitivo y sancionatorio, está muy lejos de interesarse por los motivos y las circunstancias que llevan a las personas a consumir dichas sustancias. Entre sus estrategias principales está el castigar las conductas de consumo obviando que los seres humanos somos libres de actuar en libertad y que siempre está orientado a ir más allá de romper las barreras que le impiden hacer lo que quieren. Pero, ésta perspectiva jurídica, desde una visión más “postmoderna”, le interesaría también a la prevención del crimen, lo que se ve, por ejemplo, con la Política Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas, sancionada en 2007 por el Estado colombiano que, en su marco estratégico, hace referencia a generar procesos de prevención, mitigación, superación y capacidad de respuesta frente al consumo de sustancias.

La segunda perspectiva es la *médico- sanitaria*, que toma como principal elemento de referencia la sustancia, pero, a diferencia del modelo anterior, la sustancia es vista por las consecuencias que puede ocasionar sobre la salud de los individuos, por lo que el objetivo fundamental aquí es el de preservar la salud.

Esta perspectiva va de la mano del desarrollo de la Epidemiología, que en la historia moderna se origina en el siglo XIX a raíz de las epidemias de viruela entre 1830 y 1840 en Londres. Un investigador de la época, William Farr, trata de predecir el inicio y el curso de la enfermedad, para esto, identifica las zonas de la ciudad que presentaban mayor número de casos de la enfermedad, y revisa después los factores ambientales de estas zonas para intervenirlos, y evitar su propagación (Last, 1989, Cit: Alonso, 2004). A modo de ilustración, los softwares actuales utilizados

en los programas epidemiológicos, aún retoman, el ubicar los focos de enfermedad en un mapa como, por ejemplo, lo permite la herramienta del programa Epi Info.

Un siglo más tarde, en 1950, en una muy conocida declaración realizada por la OMS en la ciudad de Nueva York, se considera el problema del consumo de alcohol y las demás sustancias psicoactivas como una enfermedad. Por lo tanto, se debe intervenir sobre sus causas, se debe evitar su propagación, necesita tratamiento y cuyas consecuencias pueden ser las recaídas y el contagiarse de enfermedades infecciosas (incluso, el consumo entendido como algo que se contagia), para evitar esto, se fundamentan en acciones, principalmente, de tratamientos médicos, es decir, que se ocupen del cuidado físico incluyendo tratamientos de aislamiento y en actividades preventivas.

A partir de una revisión del modelo médico - sanitario, se plantea que éste tiene un interés en la sustancia, pero, se ha involucrado más con él sujeto, por lo tanto, su énfasis y la orientación de sus acciones, no toma en cuenta que en el problema de la farmacodependencia no existen las relaciones causales, sino, más bien, numerosos factores interrelacionados de forma compleja.

La última perspectiva es la que denominamos como *psico-socio-cultural*, como se mencionó anteriormente, la cual está compuesta por tres modelos (socio - cultural, ecológico y psicosocial) que, más que diferenciarse, tienden a complementarse.

El primer modelo en esta perspectiva es el *sociocultural*, cuyo principal elemento es el contexto, pero visto desde las condiciones socioeconómicas y ambientales; para este modelo lo más importante es apartar al individuo de su ambiente, rehabilitarlo y reinsertarlo socialmente; de esta manera, se refiere a la farmacodependencia como una cultura de drogas, un sistema de valores establecido entre los jóvenes que, a su vez, incluye a los que nunca han consumido, y en el que las condiciones, tanto materiales como simbólicas, para el uso de drogas, están presentes en la sociedad como un todo.

Este modelo retomaría el pensamiento de filósofos como Rousseau, en el sentido de que el ser humano es bueno por su naturaleza y que es el medio social el que le hace daño o, incluso, en muchos casos, sería lo opuesto, pero, independiente de ello, así como una comunidad hizo el “daño” será otra comunidad con unas características diferentes la encargada de “brindar alivio” al sujeto.

Es por eso que las medidas van enfocadas a la prevención, a fomentar modificaciones en la comunidad en diferentes ámbitos: generar empleos, educación, viviendas, servicio social, etc. Aunque, desde esta perspectiva se proponen medidas que, si bien no solucionan el tema, en términos de la desaparición del consumo, intentan evitar las consecuencias más perjudiciales de éste.

Incluso, una investigación realizada con el apoyo de varios organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Japanese International Corporation Agency (JICA) y UNODC (Zapata, 2007), plantea que para intervenir en el tema de la farmacodependencia se deben ofrecer servicios habilitados para responder a los requisitos de los diversos grupos de poblaciones, según su edad, sexo, estado de salud e integración social y comportamientos de riesgo, por lo que los autores plantean nueve dominios o áreas de intervención que han sido reconocidos por lograr mantener resultados exitosos en el tratamiento para el alcohol y las drogas; estos dominios son: la asistencia y soporte en vivienda; asegurar el acceso o continuidad en la educación; atención a las necesidades en salud, tanto física como mental; proporcionar el desarrollo de habilidades vocacionales y oportunidades de empleo, crear soporte y empoderamiento familiar, enseñar actividades alternativas y de utilización adecuadas del tiempo libre; ofrecer soporte legal; acompañamiento; grupo de pares y grupo de apoyo y, por último, la búsqueda de espacios que acerquen a la espiritualidad.

En resumen, este modelo enfatiza en las condiciones socioeconómicas y ambientales, más allá de los factores psicológicos y sociales. Aunque,

en la actualidad, esta perspectiva tiende a centrarse en el análisis de los elementos económicos que afectan a las clases más subordinadas (Massun, 1992, Cit: Márquez, 1996), sin perder de vista la dimensión económica, introduce otros aspectos, incluso espirituales.

Si bien todo esto es importante, existen aspectos que este modelo no considera, a diferencia de los otros dos modelos de esta perspectiva psico-socio-cultural, y son los aspectos individuales, tales como, las percepciones o cogniciones, los aspectos biológicos y psicológicos de las personas, debido a que se pueden dar las condiciones del contexto que plantea el modelo, sin embargo, no es suficiente con generar cambios socioculturales, ya que las personas no se adaptan de forma inmediata al nuevo medio.

El otro modelo de esta perspectiva es el *ecológico*, el principal elemento lo compone el contexto y la interrelación e interdependencias complejas entre el sistema orgánico, el sistema comportamental y el sistema ambiental (Nowlis, 1975, Cit: Albiach, p. 2003). Para este modelo, el abuso de drogas o la farmacodependencia se ve como un fenómeno global y problema social que incluye al individuo, a la familia, la comunidad, la sociedad, el sistema histórico, cultural, político y a la propia sustancia y sus efectos sobre el individuo, quien realiza su comportamiento en un marco ambiental definido por las anteriores variables; por esto, es que los objetivos consisten en complementar, — no sólo los factores físicos y sociales—, sino, también, las percepciones y cogniciones que tienen las personas, es decir, el sentido y significado que el ambiente adquiere para ellas en interacción con él; asimismo, que las personas posean diferentes estrategias adaptativas basadas en la interacción de variables biológicas, psicológicas y sociales.

El último modelo de esta perspectiva es el *psico-social*, cuyo elemento principal es el sujeto y su comportamiento, “reconoce la infinita complejidad de cada ser humano y la influencia determinante de los factores psicológicos y del medio circundante, en la génesis de la farmacodependencia” (Sánchez, 2005, p. 54).

En el modelo psicosocial, el abuso de drogas es una forma de comportamiento humano, producto de la relación entre el sujeto y el objeto de consumo y, al mismo tiempo, con su medio interpersonal, social y cultural. El consumo de psicoactivos va más allá de la ingesta o del ingreso de una sustancia química a un organismo. Si bien es cierto, se da ese ingreso, no es sólo la sustancia física en sí la que es consumida, se puede establecer una relación con una historia, símbolos, significados, sentidos, conocimientos que se construyen en relación con la misma.

Los objetivos que buscan alcanzar, pretenden evitar la repetición de la conducta; generar alternativas personales ante las situaciones problemáticas generadoras del consumo, hasta potenciar el desarrollo personal de los sujetos, su equilibrio emocional y su madurez, haya o no abandonado la conducta de consumo. Por lo que las acciones van orientadas a responder a las necesidades psicológicas, así como a mejorar la relación con los demás y que tengan una mejor integración con su medio. Todo esto se hace a través de diferentes teorías psicológicas como el psicoanálisis, o desde las teorías sistémicas o cognitivas. Pero para esto trabaja un equipo interdisciplinario para ver el problema desde otros puntos y, así, poder aportar una intervención integrada.

A manera de síntesis, con respecto a la perspectiva psico - socio - cultural, y los modelos que lo conforman, se encuentra que para el ecológico, las personas tienen las estrategias que les permiten salir del problema; mientras que, para el psico- social, las personas tendrán que generarlas y, por eso, el uso de las teorías psicológicas. Por su parte, para el socio – cultural, lo más importante son las condiciones económicas y ambientales.

Como se anunció atrás, la perspectiva *Geopolítico estructural*, propende por la superación de la visión de las otras, que considera parcializada, insuficiente e individualista: el jurídico que criminaliza el problema, el médico que lo medicaliza, el psicosocial y el ecológico que psicologizan y el sociocultural que lo estigmatizan en las clases subordinadas (Sánchez, 2005). Igualmente, el autor afirma que “este modelo politiza y

redimensiona el problema de las drogas como fenómeno global y social, incluyendo al individuo y la familia, la comunidad y la sociedad con sus causas económicas, sociales, políticas, culturales, bélicas, de salud, diplomáticas, etc., con una visión integral y sistemática del fenómeno global del tráfico (comercio) y consumo de drogas (Sánchez, 2005, p. 57).

De ahí proviene la preocupación mundial por el tema de las drogas, que, dentro de sus principales precursores hace parte Estados Unidos, país que ha ejercido el liderazgo mundial por este fenómeno, más que todo, por eliminar la producción de drogas de otros países; sin embargo, este interés radica en que, cada vez más, el nivel de consumo en este país se incrementa y, en esa medida, América Latina es la principal fuente para el envío de drogas, donde se destacan países como Colombia, Nicaragua, Bolivia, Perú, entre otros, como los principales exportadores del narcotráfico.

El fenómeno del consumo de sustancias para este modelo, va más allá de la preocupación por las personas y su adicción, en tanto que las drogas se ven como un negocio que beneficia al narcotráfico, a la delincuencia y, en el mismo en que la guerrilla y los paramilitares las usan para financiar las armas con las que se disputan el control territorial de las zonas de su influencia. Es por esto que, con la injerencia del gobierno norteamericano, en los últimos veinte años, centran en los países latinoamericanos sus políticas contra las drogas y, más aún, desde que calificó este fenómeno como un problema de Seguridad Nacional, cuyo objetivo se basó en la *guerra contra las drogas*. No obstante, actualmente, todo parece indicar que se han ampliado los objetivos de dicha guerra, en la medida en que se le ha dado un énfasis al desmantelamiento de las redes de traficantes, como puede constatarse en Colombia, primero, con el cartel de Medellín y luego con el cartel de Cali; asimismo, de manera especial, ha dirigido la mayoría de los esfuerzos hacia la confiscación de sus bienes y finanzas, a través de las presiones diplomáticas para la implantación de severas medidas contra el “*lavado de dinero*” (Del Olmo, 1999).

Este modelo no busca o pretende integrar los modelos anteriores, pero influye, de forma significativa, en los otros. El problema de las drogas ilícitas produce efectos nocivos sobre la gubernalidad democrática, como resultado de la intensificación de la lucha armada, al igual que del deterioro de la economía, del debilitamiento de las instituciones, de las redes de organización social y de la confianza nacional (Cano, 2004).

Conclusiones

Con el recorrido realizado, con respecto a los modelos de comprensión en farmacodependencia, se alcanza una aproximación que, en teoría, son los modelos más conocidos en la intervención del consumo de sustancias psicoactivas. El paso siguiente, trata de revisar en la llamada “realidad” cómo operan esos modelos, por intermedio de las instituciones o centros de atención en drogadicción que existen en el País.

El abordaje del fenómeno del consumo de drogas, está aún en construcción; aunque existan unos modelos, como los que se han presentado, éstos no tienen la última palabra, y son susceptibles de revisiones y ajustes. Por tal razón, es significativa la siguiente reflexión que, acaso, le de mayor relevancia a lo dicho:

Nada está dicho, todo está diciéndose. Y aquí radica la gran diferencia entre una perspectiva que trate de entender lo que acontece con la droga y sus usadores en la actualidad para construir nuevos saberes y verdades y otra que parte de los saberes y verdades establecidas como textos más o menos canónicos (Tenorio, 2002, p. 35).

De la forma como confluyen dichas perspectivas, es importante considerar que en los llamados modelos, si bien es cierto tienen, en principio, un foco o énfasis particular, como lo mencionan algunos de los autores citados, en la actualidad, los modelos le apuestan a un abordaje que busca la integralidad. En otras palabras, están descentrados, o mejor su centro ha cambiado.



Referencias

- Albiach, M.C. (2003). *El proceso de cambio en la adicción a la heroína: un análisis a través de metodologías cualitativas*. Tesis doctoral, Universidad de Valencia. Recuperado el 19/01/2009, en: http://www.tdr.cesca.es/TESIS_UV/AVAILABLE/TDX-0713104-133913/albiach.pdf
- Alonso, C. & Salvador L. *et al.* (2004). *Prevención de la A a la Z. Glosario sobre prevención del abuso de drogas*. Ministerio del Interior de España, Centro de Estudios de Promoción de la Salud.
- Arias, Francisco & Patiño, Carlos, *et al.* (2006). Concepciones del objeto droga según estudios realizados en Colombia en los últimos 10 años con la población joven en edades comprendidas entre los 15 y los 29 años de edad. En: *Revista Universidad de San Buenaventura*, Vol. 12, N° 25.
- Avendaño, M. (2000). Los programas de tratamiento para la dependencia a las drogas. En: Presidencia de la República de Colombia. En: *El libro de las drogas: manual para la familia*. Bogotá: Editorial Carrera 7ª.
- Cano, Víctor (2004). Aproximación a una nueva política nacional de drogas. En: *Revista Universidad de San Buenaventura*, Vol. 10, N° 21.
- Del Olmo, Rosa (1999). Geopolítica de las drogas. En: *Revista Análisis*. Fundación Universitaria Luis Amigó, Vol. 2, N° 1.
- Funlam, (2009). Licenciatura en pedagogía reeducativa (Distancia). Recuperado el 20/01/2009, en: <http://www.funlam.edu.co/modules/generalinternet/item.php?itemid=17>
- Ghiardo, Felipe (2003). Acercándonos al sentido del uso de drogas y la prevención desde los jóvenes. En: *Última década*, N° 18.
- Magri, N. (1998). Las drogas un problema social y sanitario. Epistemología y praxis. En: Arana, X. & Márquez, I. Coord. (1998). *Los agentes sociales ante las drogas*. Madrid: Dykinson.
- Márquez, I. (1998). Drogas y debates: *¿Monopolio del discurso adictivo? (a fin de no psiquiatrizar la dependencia)* En: *Los agentes sociales ante las drogas*. Madrid: Dykinson.
- Mejía I. E. (2004). *Diagnóstico situacional: instituciones de tratamiento, rehabilitación y reincorporación social a consumidores de SPA en Colombia*. Ministerio de la Protección Social. Bogotá: Imprenta Nacional.
- Mill, John (1980). *Sobre la libertad / El utilitarismo*. Barcelona: Aguilar.
- Ministerio de la Protección Social (2005). *Directorio nacional, C.A.D: Centros de Atención en Drogadicción*. Bogotá: Imprenta Nacional.
- Pérez, M. & Mejía, I., *et al.* (2000). Drogas y problemática social. En: Presidencia de la República de Colombia (2000). *El libro de las drogas: manual para la familia*. Bogotá: Editorial Carrera 7ª.
- Sánchez, B. (2005). *Análisis de las construcciones discursivas respecto de las drogas, los consumidores y el consumo, comprometidas en la ley 19.366 de 1995 a través del análisis de las transcripciones de la discusión parlamentaria*. Memoria de grado, Universidad de Chile. Recuperado el 21/01/2009, en: http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2005/sanchez_r/html/index-frames.html
- Tenorio, Rodrigo (2002). *Drogas: usos, lenguajes y metáforas*. Quito: El Conejo.
- Zapata V. M.A. (2007). *Nueve dominios para la recuperación de la enfermedad por alcohol y drogas: principios y guías*. Medellín: ESE Carisma.