

Consumo problemático de sustancias psicoactivas en Argentina en perspectiva global

Tendencias y formas de tratamiento

Psychoactive substance abuse in Argentina from a global perspective

Tendencias and forms of treatment

Ann Mitchell | ORCID: orcid.org/0000-0003-0122-3436
annmitchell@uca.edu.ar

Ignacio Debortoli | ORCID: orcid.org/0000-0002-9941-0338
debortoli.ignacio@hotmail.com

Pontificia Universidad Católica Argentina
Argentina

Recibido: 20/10/2021

Aprobado: 19/9/2022

Resumen

El objetivo de este trabajo es analizar la evidencia sobre el consumo problemático de sustancias psicoactivas y los abordajes de tratamiento en Argentina desde una perspectiva global. Primero, se analizan las últimas estadísticas sobre prevalencia de consumo, dependencia y participación en tratamiento en Argentina y en otros países de América Latina y otras regiones del mundo y su variación por género, edad y grupo socioeconómico. Luego se propone una forma de clasificar los diversos abordajes de tratamiento del consumo problemático de sustancias psicoactivas y se describen algunas formas de tratamiento transversales o complementarias a estas categorías. Las estadísticas analizadas muestran la alta prevalencia de consumo de drogas en Argentina en comparación con otros países de América Latina y, en particular, la alta prevalencia de consumo y dependencia de la cocaína. Si bien en general el consumo de drogas es más prevalente en los sectores de nivel socioeconómico más alto, la dependencia a sustancias psicoactivas es más prevalente en las personas de menor nivel socioeconómico y está especialmente arraigada en los barrios vulnerables. Solo una fracción de los argentinos en situación de consumo problemático recibe tratamiento.

Palabras clave: Drogas; Adicciones; Tratamiento de consumo problemático; Argentina.

Abstract

The objective of this paper is to analyse the evidence on psychoactive substance abuse and treatment approaches in Argentina from a global perspective. First, it analyses the latest data on drug consumption, drug dependence and participation in substance abuse treatment in Argentina, Latin American countries and world regions and the disparities by gender, age and socioeconomic group. Then it proposes a way to classify the diverse approaches to treatment of psychoactive substance abuse and describes some cross-cutting or complementary forms of treatment. The analysis shows the high prevalence of drug consumption in Argentina in comparison with other Latin American countries and, in particular, the high prevalence of consumption and dependence on cocaine. While in general drug consumption is more prevalent in higher socioeconomic groups, drug dependence is higher among people with lower socioeconomic status and is especially entrenched in vulnerable neighbourhoods. Only a fraction of Argentines experiencing substance abuse problems receives treatment.

Key words: Drugs; Addiction; Substance abuse treatment; Argentina.

Introducción

Casi un millón y medio de argentinos presenta dependencia al alcohol o alguna droga ilícita, lo cual significa que padecen problemas de comportamiento, cognitivos y/o fisiológicos desarrollados luego del consumo repetido y prolongado de alguna sustancia psicoactiva (GBDN, 2020). El consumo problemático de sustancias produce consecuencias adversas para la salud y el bienestar de los consumidores y también puede impactar negativamente en sus familias y la sociedad en su conjunto (ONUDD, 2020b; Lander et al., 2013)¹. Desde principio de los años noventa, el consumo de drogas en Argentina ha aumentado de manera sostenida y, si bien el problema afecta a todos los sectores socioeconómicos, los más vulnerables tienden a acceder a drogas más baratas y de peor calidad, lo cual aumenta el riesgo de dependencia y para la salud (Camarotti y Güelman, 2017).

A la hora de enfrentar situaciones de consumo problemático de sustancias pueden surgir múltiples interrogantes. ¿Cómo se comparan la prevalencia de consumo y la dependencia a las drogas en Argentina con las de otros países de América

Latina y del mundo? ¿Cómo han evolucionado estas estadísticas durante las últimas décadas? ¿Cómo varían el consumo y la dependencia por género, edad y entre distintos grupos socioeconómicos? ¿Cuáles son los principales métodos de tratamiento utilizados para abordar el consumo problemático de sustancias psicoactivas?

Este trabajo procura proporcionar respuestas a estos interrogantes. Primero, se analizan las estadísticas sobre prevalencia de consumo, dependencia y participación en tratamiento por consumo problemático de sustancias psicoactivas en Argentina, América Latina y las regiones del mundo, en base a información publicada por la **Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina** (SEDRONAR) y por fuentes internacionales como la **Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito** (ONUDD) y la **Organización Mundial de la Salud** (OMS). Segundo, se propone una forma de clasificar los diversos abordajes de tratamiento del consumo problemático de sustancias psicoactivas y se describen algunas formas de tratamiento transversales o complementarias a estas categorías. El trabajo busca servir como referencia para investigadores de economía, sociología, ciencias políticas, demografía u otras disciplinas de las ciencias sociales que buscan una introducción a la temática desde una perspectiva global.

¹ Es importante reconocer, no obstante, que existen diversas formas de uso intensivo de drogas, en cuanto a las sustancias, formas de administración y modalidades de vinculación con el contexto social (Candil, 2017; Camarotti et al., 2017).

Breve marco conceptual y metodológico

El uso de sustancias psicoactivas puede tomar muchas formas diferentes en términos de frecuencia, cantidad, tipo de sustancia e impacto en los consumidores y existe una amplia literatura en Argentina sobre esta temática. Se destacan, por ejemplo, los trabajos sociológicos que analizan cómo entran en juego las diversas significaciones sociales, prácticas y contextos en la construcción del consumo de drogas como *problema social* y en la generación de las concepciones estereotipadas alrededor de las formas de uso (Kornblit et al., 2009; Corbelle, 2019). Por otra parte, diversos trabajos han analizado cómo *el problema de la droga* ha ido transformándose a través del tiempo, impactado por las tendencias internacionales, contextos políticos, marcos jurídicos, polí-

ticas públicas, y prácticas cotidianas (Camarotti y Güelman, 2017; Corbelle, 2019).

Dar cuenta de la riqueza de esta literatura requiere de una revisión bibliográfica en la cual se recorran y discutan los marcos conceptuales locales e internacionales. El presente trabajo, en cambio, toma las distintas definiciones que los organismos internacionales (como la OMS y la ONUDD) y nacionales (SEDRONAR) operacionalizan para generar y presentar los datos que se analizan. Este enfoque se desprende del objetivo de estudiar el consumo de sustancias en Argentina desde una perspectiva global. Se reconocen, no obstante, las limitaciones que supone analizar esta temática solo a partir de datos cuantitativos. Asimismo, es importante reconocer que los datos

relacionados al consumo de sustancias psicoactivas por lo general no abundan y son susceptibles a variaciones causadas por pequeñas diferencias en el diseño de las encuestas, la formulación de las preguntas y los universos relevados. La información disponible es, por lo tanto, escasa y tiene dificultades para ser comparada transversalmente entre países. La frecuencia de obtención de los datos también cambia entre países o localidades, causando aún más barreras para la utilización de los datos (ONUDD, 2020e).

Por otra parte, si bien aún no se conocen plenamente los efectos de la pandemia de Covid-19 sobre el consumo de drogas, la ONUDD (2020b) advierte que las restricciones de movimiento internos y fronterizos han reducido la oferta de drogas en las calles, produciendo un aumento de los precios y una reducción de la pureza. Además, la recesión económica y el aumento del desempleo desatados por la crisis sanitaria afectan de manera desproporcionada a personas en situación de pobreza y exclusión social, volviéndolas más vulnerables al consumo de drogas (ONUDD, 2020b). Este documento, no obstante, busca caracterizar la situación previa a la pandemia analizando los últimos datos anteriores a la misma de las principales fuentes nacionales e internacionales.

Teniendo en mente estas limitaciones, a continuación se presentarán los distintos conceptos vinculados con el consumo de sustancias usados en este trabajo. Las primeras estadísticas presentadas son las referidas al consumo. En las fuentes utilizadas, el consumo de sustancias se operacionaliza a través de la medida de prevalencia. Las estadísticas varían dependiendo de si la persona usó la sustancia por lo menos una vez en el mes, año o en su vida. Esta operacionalización resulta útil a fines estimativos, aunque deja de lado la diferenciación de los diversos modos de consumo, que van más allá de frecuencias y tipos de sustancias (Camarotti *et al.*, 2017).

En segundo lugar, se presentan estadísticas sobre consumo problemático, dependencia y desórdenes de consumo de sustancias. Las categorías establecidas por la OMS para referir a situaciones de consumo de sustancias perjudicial se enfocan en los efectos negativos en la salud. En la décima revisión de la **Clasificación Internacional de Enfermedades** (CIE-10), la OMS (2010) define el uso nocivo de sustancias como un *patrón de consumo de una sustancia psicoactiva que causa daño a la salud, física o mental*. Por otro lado, la OMS (2010) define a la dependencia a las drogas -una situación más crítica que desarrollan personas que consumen drogas de forma regular durante un período de tiempo extendido- como

un conjunto de fenómenos del comportamiento, cognitivos y fisiológicos, que se desarrollan luego del consumo repetido de la sustancia en cuestión, entre los cuales se

cuentan característicamente los siguientes: un poderoso deseo de tomar la droga, un deterioro de la capacidad para autocontrolar el consumo de la misma, la persistencia del uso a pesar de consecuencias dañinas, una asignación de mayor prioridad a la utilización de la droga que a otras actividades y obligaciones, un aumento de la tolerancia a la droga y, a veces, un estado de abstinencia por dependencia física.

Esta definición es similar a la presentada por el manual de diagnóstico **DSM-IV** (American Psychiatric Association, 2000), que diagnostica a una persona con dependencia a una sustancia psicoactiva si posee 3 o más características similares a las antes mencionadas. Los datos presentados en este trabajo provenientes de ONUDD y SEDRONAR operacionalizan estas definiciones en sus estudios. Adicionalmente, se presentan datos provenientes del estudio *Global Burden of Diseases, Injuries and Risk Factors Study* (GBD) sobre trastornos (*disorders*, en inglés) de consumo de sustancias. En este estudio, se consideran trastornos de consumo de alcohol a la dependencia al alcohol (definida a partir del CIE-10 y el DSM-IV) más el síndrome de alcohol fetal, y se consideran trastornos de consumo de drogas ilícitas a la dependencia (también en el sentido del CIE-10 y el DSM-IV) a cuatro tipos de sustancias (anfetaminas, cannabis, cocaína y opioides) más un residual de otros trastornos de consumo de drogas ilícitas.

Esto dicho, el consumo problemático de sustancias puede ser entendido de una manera más amplia como aquél que produce consecuencias adversas tanto para la salud (física y mental) como para el bienestar de los consumidores, afectando negativamente a sus relaciones sociales primarias (familia, pareja, amigos), relaciones sociales secundarias (trabajo, estudio) y sus relaciones con la ley (Kornblit *et al.*, 2009). En esta misma línea, es definido en la Ley Argentina N° 26.934 (Plan IACOM)² como *aquellos consumos que -mediando o sin mediar sustancia alguna- afectan negativamente, en forma crónica, la salud física o psíquica del sujeto, y/o las relaciones sociales*. Asimismo, un entendimiento amplio de la dependencia a las sustancias debe tener en cuenta no solo a los efectos farmacológicos que estas producen, sino también a su estrecha relación con determinados estilos de vida y otros factores causales como características genéticas y psicológicas, entornos sociales y experiencias personales (Kornblit *et al.*, 2009)

Por último, otro término muy utilizado cotidianamente en lo referente al consumo de sustancias es el de *adicción*. En general el término

² **Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos.** <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26934-230505/texto>.

da cuenta de la repetición continuada en el tiempo de tanto una actividad (como el juego y otras) como del uso de una sustancia, al punto de que la persona siente dificultad de prescindir de ella (OMS, 1994; Kornblit *et al.*, 2009). Sin embargo, el significado de este término presenta importantes variaciones a lo largo de la historia, dependiente de los distintos modelos ideológicos subyacentes a su análisis (Kornblit *et al.*, 2009).

Adicionalmente, aunque el término es usado ampliamente tanto por profesionales como el público general, desde la década de 1960 la OMS recomienda usar el término dependencia por sobre la adicción (OMS, 1994), lo cual es la estrategia que adoptamos en el análisis cuantitativo en la siguiente sección. Todo el análisis que sigue se basa en datos de fuentes secundarias, procesados usando hojas de cálculo.

Consumo de sustancias en Argentina en perspectiva global

Consumo de sustancias psicoactivas

Según la última *Encuesta Epidemiológica sobre Prevalencia de Consumo de Sustancias Psicoactivas* en Argentina, el 8,3% de la población de entre 12 y 65 años consumió alguna droga ilícita en los últimos 12 meses (SEDRONAR, 2017). La marihuana es la droga ilícita más consumida, con una prevalencia anual de 7,8%, seguida por la cocaína (1,5%), los tranquilizantes sin prescripción médica (0,7%), los alucinógenos (0,6%) y el éxtasis (0,3%). Los otros tipos de droga ilícita (esteroides anabolizantes, estimulantes, solventes e inhalables y pasta base) tienen una prevalencia anual de consumo inferior al 0,1%.

Existen amplias diferencias en el consumo de sustancias entre los países de América Latina (Cuadro 1). En términos generales, la prevalencia de consumo de drogas ilícitas tiende a ser más alta en los países con niveles de PBI per cápita más elevados. Los países con mayor prevalencia anual de consumo de marihuana (la droga ilícita más consumida en la región) son Uruguay,³ Chile y Argentina, mientras que los países con menor prevalencia son Ecuador y Panamá. En cuanto a la cocaína, la mayor prevalencia anual la tuvo Uruguay con el 2,1%, seguido por Argentina, Chile, Costa Rica y Brasil. La prevalencia de consumo de opioides supera el 0,5% solamente en Chile y Costa Rica. En el caso del éxtasis, los países de mayor tasa de consumo son Uruguay, Costa Rica y Argentina.

En cuanto a la comparación con otras regiones del mundo, Norteamérica es la que presenta mayores tasas de consumo (prevalencia anual) de casi todas las drogas ilegales: marihuana, cocaína, opioides, opiáceos, anfetaminas y otras drogas de prescripción. La sigue Oceanía, con estas dos regiones marcando una amplia diferencia frente a las demás. Por otro lado, Sudamérica y

Centroamérica tienen la segunda tasa de consumo más baja en el caso de cannabis y las tasas más bajas en caso de opioides y opiáceos, anfetaminas y éxtasis. En cambio, si se observa la tasa de consumo de cocaína y sus derivados, Sudamérica es la tercera región con mayor prevalencia, luego de Norteamérica y Oceanía, lo que muestra la importancia relativa de esta sustancia en la región. La prevalencia de consumo de cocaína en Argentina casi duplica al promedio de los países de Sudamérica y es cuatro veces más alta que el promedio global.

En Argentina, desde principios de los años 1980 aumentó el consumo de sustancias psicoactivas en términos de cantidad y variedad y también se acrecentó la visibilidad social del fenómeno del consumo de drogas (Camarotti *et al.*, 2017). En el año 1999, el primer estudio epidemiológico de consumo de sustancias llevado a cabo por la SEDRONAR informaba que 1 de cada 10 argentinos de entre 16 y 64 años había consumido alguna droga ilícita al menos una vez en su vida y un 2,9% había consumido alguna vez en el último mes (Míguez, 1999). Los resultados del último relevamiento de la SEDRONAR (2017) muestran que en 2017 un 18,3% había consumido alguna droga ilícita alguna vez en la vida y un 5,7% consumió en el último mes, casi una duplicación de ambas tasas de consumo entre los años 1999 y 2017. Entre 2010 y 2017 se pasó de 465.000 personas que habían consumido drogas ilícitas⁴ en el último mes a casi 1.100.000. Entre dichos años la prevalencia de consumo de marihuana más que se duplicó. El número de personas que alguna vez en su vida habían consumido cocaína y aquellos que lo hicieron en el último año aumentó (aunque el número de consumidores en el último mes se mantuvo estable). Además, el número de consumidores de éxtasis se quintuplicó, y se vio una pérdida de relevancia de las sustancias inhalables. El número estimado de personas que consumieron pasta base o paco en el último mes pasó de 1.200 a 5.100 (SEDRONAR, 2010; 2017).

³ La prevalencia de consumo de cannabis en el último mes se duplicó en Uruguay desde su despenalización en 2011 (ONUDD, 2020b). Parte de este aumento puede deberse a una caída de la subdeclaración.

⁴ Usamos el término *drogas ilícitas* porque es el término que usan las fuentes de datos.

Cuadro 1: Prevalencia anual de consumo de sustancias psicoactivas

	Anfetaminas	Cannabis	Cocaína	Éxtasis	Opiáceos	Opioides
Argentina	N/A	8,13	1,67	0,33	0,07	0,19
Bolivia	0,10	2,06	0,69	0,06	0,07	N/A
Brasil	0,30	2,50	1,00	0,20	0,10	N/A
Chile	0,08	13,33	1,42	0,27	0,00	1,10
Colombia	0,03	3,27	0,70	0,19	0,03	N/A
Costa Rica	0,00	5,18	1,33	0,46	0,04	0,79
Ecuador	0,20	0,67	0,08	0,01	0,02	N/A
El Salvador	0,38	2,03	0,37	0,02	0,11	0,14
México	0,20	2,10	0,80	0,10	0,10	0,38
Panamá	1,20	0,77	0,10	0,04	N/A	N/A
Uruguay	0,10	14,60	2,10	0,90	0,10	0,18
África	0,53	6,40	0,19	0,26	0,21	0,87
América	1,30	8,80	1,49	0,51	0,38	1,86
América del Sur	0,25	3,50	0,95	0,18	0,08	0,20
Centroamérica	0,21	2,90	0,66	0,17	N/A	N/A
Caribe	0,87	3,60	0,62	0,23	N/A	N/A
América del Norte	2,11	13,80	2,10	0,89	0,74	3,96
Asia	0,47	1,80	0,06	0,38	0,72	0,98
Europa	0,53	5,40	0,87	0,54	0,59	0,66
Oceanía	1,34	10,90	1,65	1,68	0,16	2,48
Estimado global	0,31	3,80	0,37	0,41	0,59	1,08

Notas: Datos provenientes de ONUDD (2020d). Para los países de América Latina, el Cuadro 1 presenta la medición más reciente, siendo el año más actual 2018 y el más antiguo 2013. Anfetaminas incluye anfetaminas y metanfetaminas. Cocaína incluye sales de cocaína, crack, y otros tipos como pasta de coca, basuco, paco y merla. Las leves diferencias entre los datos presentados en el cuadro y los antes mencionados de SEDRONAR (2017) se deben principalmente a diferentes definiciones para cada sustancia. Por ejemplo, el dato de cocaína de la SEDRONAR incluye solo a ésta, mientras que el de ONUDD incluye también derivados.

A nivel global, el número de consumidores de drogas ilícitas pasó de 185 millones en 2001-2003 a 269 millones en 2018 (ONUDD, 2004; 2020b). Este incremento fue impulsado en gran medida por el crecimiento poblacional, ya que la prevalencia anual de consumo se mantuvo relativamente estable en alrededor del 5% (ONUDD, 2020b). El aumento de consumo de drogas fue más elevado en los países en desarrollo que en los países desarrollados, una tendencia explicada mayormente por las diferencias en las tasas de crecimiento demográfico y la concentración del consumo de drogas entre los adolescentes y jóvenes, que tienen un mayor peso en la estructura poblacional de los países en desarrollo (ONUDD, 2020a). Otro factor demográfico de relevancia es la creciente urbanización de estos países, ya que el consumo de drogas es mayor en las zonas urbanas que en las rurales (ONUDD, 2020a).

El consumo de alcohol es más común que el consumo de drogas ilícitas. La OMS (2018), estimó que el 43% de la población mundial mayor a 15 años consumió alcohol al menos una vez en el último año. En Argentina, este número asciende al 68%, superando al promedio de las Américas (54,1%). Europa es la región con mayor prevalen-

cia anual con 59,9%, seguida por las Américas y el Oeste del Pacífico. En África y el Sudeste Asiático, las tasas giran en torno al 30% y bajan a menos del 3% en la región Este del Mediterráneo, con presencia dominante del islam. Al contrario de lo que ocurre con el consumo de drogas, a nivel global la prevalencia de consumo de alcohol ha ido cayendo, desde el 47,6% de la población mayor de 15 años en 2000 a 43% en 2016. En cambio, el consumo de alcohol per cápita ha aumentado a nivel mundial (OMS, 2018).

Es importante notar que existen diferencias marcadas por género en las cifras de consumo de sustancias psicoactivas en Argentina (SEDRONAR, 2017) y a nivel global (ONUDD, 2020b). La prevalencia anual de consumo en Argentina es significativamente mayor para hombres en las principales sustancias psicoactivas (alcohol, marihuana, cocaína, alucinógenos), así como para el total de drogas ilícitas, la cual es más del doble que en mujeres (11,5% contra 5,4%). Sin embargo, fue en este último grupo donde se observó el mayor crecimiento en los últimos años. La prevalencia anual de consumo de alguna droga ilícita se duplicó en varones (5,6% a 11,5%) a la vez que se triplicó en mujeres (1,8% a 5,4%) entre 2010 y 2017 (SEDRONAR, 2017).

En cuanto a grupos etarios, el consumo de alguna droga ilícita en Argentina es más prevalente en personas de 18 a 24 años (16,1%) y de 25 a 34 años (13,5%), bajando notoriamente para otros grupos etarios (SEDRONAR, 2017), una tendencia que se da en la mayoría de las regiones del mundo y para diversas drogas ilícitas (ONUDD, 2019). En cambio, el consumo de alcohol se distribuye de manera más uniforme a través de las edades.

Consumo problemático de sustancias psicoactivas

El estudio GBD, llevado a cabo por el **Institute of Health Metrics and Evaluation**⁵, publica

⁵ <http://www.healthdata.org/gbd/2019>.

anualmente estimaciones de la presencia y consecuencias de los trastornos de consumo de sustancias (alcohol y drogas ilícitas) a nivel mundial.

Según las últimas estimaciones de este estudio (año 2019), 160 millones de personas presentaron trastornos de consumo de sustancias psicoactivas, el 2,17% de la población mundial (Cuadro 2). Dicho año, 108 millones de personas presentaron trastornos de consumo de alcohol (1,45%) y 56,7 millones trastornos de consumo de drogas ilícitas (0,76%). Los tipos de drogas ilícitas con más personas en situación de dependencia fueron cannabis (0,32%), opioides (0,29%), anfetaminas (0,10%) y cocaína (0,06%).

Cuadro 2: Prevalencia de trastornos de consumo de sustancias psicoactivas por tipo de sustancia, 2019

	Alcohol	Drogas ilícitas	Anfetaminas	Cannabis	Cocaína	Opioides	Otros desórdenes / drogas ilícitas	Sustancias psicoactivas
Argentina	2,40	0,76	0,09	0,24	0,31	0,11	0,02	3,08
Bolivia	0,95	0,83	0,27	0,28	0,13	0,16	0,01	1,76
Brasil	3,28	1,17	0,24	0,52	0,21	0,20	0,01	4,33
Canadá	2,01	2,30	0,04	1,04	0,37	0,85	0,06	4,21
Chile	3,09	1,19	0,14	0,69	0,24	0,11	0,03	4,17
Colombia	2,37	0,97	0,05	0,64	0,13	0,16	0,02	3,27
Ecuador	1,01	0,68	0,12	0,33	0,07	0,16	0,01	1,68
México	1,45	0,61	0,09	0,22	0,16	0,13	0,01	2,02
Paraguay	2,76	0,81	0,40	0,25	0,04	0,12	0,01	3,50
Perú	0,84	0,99	0,52	0,24	0,07	0,17	0,02	1,81
Estados Unidos	2,61	3,44	0,12	0,92	0,45	1,96	0,08	5,89
Uruguay	1,93	1,27	0,37	0,48	0,29	0,12	0,02	3,13
Venezuela	1,64	0,44	0,05	0,21	0,03	0,16	0,02	2,05
África	0,83	0,01	0,06	0,19	0,01	0,14	0,01	1,19
América	2,41	1,75	0,15	0,59	0,26	0,77	0,04	4,06
Caribe	1,53	0,76	0,05	0,47	0,13	0,11	0,02	2,25
Latinoamérica Andina	0,91	0,87	0,36	0,27	0,08	0,16	0,02	1,76
Latinoamérica Central	1,91	0,63	0,07	0,30	0,12	0,14	0,02	2,50
Latinoamérica del Sur	2,56	0,90	0,12	0,38	0,29	0,11	0,02	3,38
Latinoamérica Tropical	3,27	1,16	0,25	0,51	0,20	0,20	0,01	4,30
Norteamérica	2,55	3,33	0,11	0,94	0,45	1,85	0,08	5,72
Asia	1,23	0,62	0,09	0,29	0,01	0,22	0,02	1,82
Australasia	2,36	2,08	0,55	0,76	0,24	0,46	0,12	4,34
Europa	2,54	0,94	0,15	0,38	0,10	0,30	0,04	3,40
Estimado global	1,45	0,76	0,10	0,32	0,06	0,29	0,02	2,17

Notas: Datos provenientes de GBDN (2020). Los datos representan la prevalencia anual en la población que presentó trastornos de consumo de sustancias en los países y regiones seleccionados y de las distintas sustancias, como fueran definidos en el texto.

Para Argentina, el estudio estimó que alrededor de 1.300.000 personas (3,08% de la población total) padecía de trastornos de consumo de sustancias en 2019, cerca de 1.000.000 de alcohol y 320.000 de drogas ilícitas. La cocaína es la primera droga ilícita generadora de dependencia en el país, con un 0,31% de la población total, siendo que en ningún país de las Américas y en ninguna región del mundo esta droga es la principal responsable de casos de dependencia. A la cocaína la siguen el cannabis (0,24%), los opioides (0,11%) y las anfetaminas (0,09%).

Existen diferencias relevantes entre los países de América Latina. Brasil es el país con mayor prevalencia de trastornos relacionados al alcohol (3,28% de su población) y al total de sustancias (4,33%), seguido por Chile (con 3,09% y 4,17% de la población, respectivamente). Bolivia, Ecuador y Perú son los países con las menores tasas, que giran en torno al 1% para el alcohol y el 1,75% para el total. En todos los países latinoamericanos la tasa para el alcohol supera a la de las drogas ilícitas, a excepción de Perú.

Norteamérica (en este estudio conformada por Canadá, Estados Unidos y Groenlandia) es por amplio margen la región con la mayor prevalencia de trastornos de sustancias psicoactivas, con un 5,72% de la población total, seguida por Australasia (4,34%) y Latinoamérica Tropical (Brasil y Paraguay, 4,30%). En los EEUU en particular se destacan ampliamente los opioides, con una tasa de dependencia cercana al 2% (1 de cada 50 habitantes), dando cuenta de la gravedad de la crisis de opioides que atraviesa actualmente el país.⁶ Norteamérica es la única región del mundo donde las drogas ilícitas causan más casos de trastornos que el alcohol.

A nivel global, la cantidad de personas afectadas por trastornos de consumo de sustancias psicoactivas pasó de 114,5 a 161 millones entre 1990 y 2019. Este aumento, como el del consumo, se vio impulsado por el crecimiento y envejecimiento poblacional (GBD, 2018). La tasa de prevalencia se mantuvo estable. Los trastornos de consumo de alcohol se redujeron a la vez que aumentaron los producidos por dependencia a drogas ilícitas. Se destaca entre ellos la duplicación de la cantidad de personas con dependencia a los opioides, de 10 a 20 millones.

La evolución del consumo problemático de sustancias desde 1990 sigue trayectorias muy distintas para cada país y región (GBD, 2018). En Argentina, si bien la prevalencia de trastornos de consumo de cualquier sustancia se mantuvo prácticamente estable, la de drogas ilícitas aumentó. América Latina y el Caribe pasó de tener 10 millones de habitantes sufriendo de trastornos de consumo en 1990 a 17 millones actualmente. Este mismo escenario se cumplió asimismo para los distintos tipos de sustancias, con el

⁶ Véase, por ejemplo, <https://www.hrsa.gov/opioids> y Mitchell (2020).

caso notable de la cocaína y sus derivados, cuyos dependientes casi se duplicaron. Norteamérica si bien pudo reducir su tasa de prevalencia de trastornos de consumo de alcohol (de 3,21% a 2,55%) vio un aumento importante de la de drogas ilícitas (de 2,30% a 3,33%). La región pasó de tener 6 millones de personas con trastornos de consumo de drogas en 1990 a 11 millones actualmente. Este aumento estuvo especialmente impulsado por la dependencia a los opioides, cuya prevalencia más que se triplicó entre 1990 y 2019 y su número de dependientes pasó de 1,4 a 6,4 millones.

Al igual que con el consumo, los trastornos son más comunes en hombres que en mujeres. Esto se confirma para las regiones del mundo, tanto para el total de las sustancias psicoactivas como para el alcohol y cada una de las drogas ilícitas estudiadas. En 2019 cerca de 115 millones de hombres (3,11% del total) sufrieron de algún trastorno de consumo de sustancias en comparación con 47 millones de mujeres (1,25%) (GBDN, 2020).

Si bien en general la prevalencia de consumo de drogas es mayor en los sectores de la sociedad de nivel socioeconómico más alto, la transición del consumo a la dependencia es más prevalente en las personas de menor nivel socioeconómico (ONUDD, 2020c). Una mala situación socioeconómica -y también otras formas de exclusión social que enfrentan, por ejemplo, minorías o habitantes de zonas urbanas deterioradas- contribuyen a los factores que se vinculan al aumento del riesgo de padecer dependencia a sustancias psicoactivas. A su vez, la dependencia a drogas aumenta los riesgos de desempleo, pobreza y la falta de vivienda, alimentando así un círculo vicioso de desventaja (Trucco y Ullmann, 2015; ONUDD, 2020c).

Se estimó en 2014 que el 3,6% de las familias urbanas de Argentina tenían al menos a un integrante con adicciones⁷ severas al alcohol o drogas ilícitas (Bonfiglio y Rodríguez Espínola, 2016). Asimismo, en todas las regiones los hogares en condiciones más vulnerables fueron los que más prevalencia de casos de adicciones severas presentaron.

Los resultados de una encuesta a jóvenes de 17 a 25 años residentes en villas y asentamientos del primer y segundo cordón del Gran Buenos Aires (Rival y Salvia, 2016) arroja que el 27% de los jóvenes encuestados consumió drogas en el último año y el 22% en el último mes, contrastando con el 12% de prevalencia anual presentado en el informe de SEDRONAR (2017) en jóvenes de 18 a 24 años a nivel nacional. El estudio destaca la mayor propensión de los varones ante el consumo, especialmente aquellos que no terminaron sus estudios secundarios y no estudian ni trabajan.

El consumo de pasta base de cocaína (PBC) -conocido como *paco* en Argentina-, sus derivados y residuos, tiene una importancia significativa en

⁷ Se utiliza el término *adicción* aquí porque es el usado por los autores del trabajo.

contextos de vulnerabilidad en América Latina (OEA, 2014). Si bien un informe del **Transnational Institute** (2006) plantea tomar con cautela la relación entre consumo de paco y pobreza, ya que también se consume en sectores medios de la sociedad, señala que en los sectores más vulnerables se consume un producto de peor calidad, que lleva a altos niveles de mortalidad de sus consumidores. En una revisión bibliográfica acerca de los aspectos epidemiológicos y médico-toxicológicos del consumo de PBC, la OEA (2014) señala que la usual adulteración del producto ya sea para aumentar su volumen, como para compensar por la pérdida en las adulteraciones, provoca consecuencias aún más severas en la salud. También es importante destacar que la dimensión del consumo de pasta base se encuentra subdeclarada en encuestas por la dificultad de acceder a los barrios informales donde la prevalencia de consumo es mayor (Camarotti et al., 2016).

Participación en tratamiento del consumo problemático de sustancias

Las naciones del mundo han señalado su compromiso en trabajar para ampliar el acceso a los tratamientos para la dependencia a las sustancias psicoactivas al incluirlo entre los **Objetivos de Desarrollo Sostenible** (ODS). Bajo el ODS 3, que refiere a la buena salud y el bienestar, la meta 3.5 es *fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol*⁸. Si bien la inclusión de esta meta genera un impulso para la mejora en las intervenciones de prevención y tratamiento del consumo problemático de sustancias y a los esfuerzos públicos para mejorar la recolección y sistematización de datos sobre este tema, las estadísticas disponibles son todavía más escasas que de prevalencia de consumo.

La cobertura del tratamiento del consumo problemático de sustancias depende de múltiples factores incluyendo la oferta de servicios de tratamiento públicos y privados, la forma en que los servicios se vinculan con el sistema de salud pública, la divulgación en la comunidad de información sobre los servicios y la diversidad de abordajes ofrecidos. También depende críticamente de las características, situación social y patrones de consumo de las personas (ONUDD, 2020c).

De acuerdo con el informe de resultados sobre demanda de tratamiento del *Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas* (ENCSP) de 2017 en Argentina solo el 3,9% de las personas en situación de consumo de riesgo de alcohol o

dependencia de la marihuana o la cocaína buscó tratamiento profesional en el año previo (SEDRONAR, 2018a). Este número es especialmente bajo para el consumo de riesgo de alcohol (3,3%) y sube a 13,5% y 29,5%, respectivamente, para la dependencia de la marihuana y la cocaína⁹. Asimismo, del total de personas con consumo de riesgo de alcohol o dependencia a alguna droga que buscaron ayuda profesional, el 23% estaba en tratamiento al momento de la encuesta, el 40% había realizado tratamiento durante el último año y el 37% no accedió a ningún tipo de tratamiento.

Según el mismo informe, entre las personas que recibieron tratamiento, las principales sustancias que lo habrían motivado fueron marihuana (27,3%), cocaína (22,5%) y alcohol (22,3%). Existen, no obstante, importantes diferencias por género. De los hombres que habían estado en tratamiento, el 56,8% presentó consumo perjudicial de alcohol, el 44,6% de marihuana y 43,2% de cocaína, mientras que entre las mujeres la principal sustancia que habría motivado el tratamiento es el alcohol (68,4%) y la búsqueda de tratamiento por consumo problemático de otras sustancias es mucho menor (8,9% en el caso de cocaína y tan solo 1,6% en el caso de marihuana). También existen importantes brechas territoriales en el acceso a tratamientos en Argentina. Mientras que más de la mitad de los centros de tratamiento en el país se localizan en la Provincia de Buenos Aires, siete provincias (Catamarca, La Pampa, La Rioja, San Juan, San Luis, Santa Cruz y Tierra del Fuego) tienen menos de 10 centros de tratamiento cada una (SEDRONAR, 2018b). Un análisis espacial de la relación entre la cobertura de los servicios de tratamiento y la población en situación de vulnerabilidad social indicó que el déficit más agudo se encuentra al oeste del Chaco, al norte de Santa Fe y en Formosa y Santiago del Estero (SEDRONAR, 2018c).

A nivel mundial, ONUDD (2020c) estimó que solo una de cada ocho personas que sufría de dependencia a sustancias psicoactivas en 2018 tuvo acceso a tratamiento, denotando una baja cobertura al igual que en Argentina. La cobertura varía ampliamente entre países y entre regiones desde el 1% al 86%, aunque estas diferencias se explican en parte por las diferencias en la metodología de relevamiento de datos y las principales drogas causantes de la demanda de tratamiento. En América Latina el cannabis y la cocaína son los principales impulsores de la demanda de tratamiento, con el cannabis sobrepasando la cocaína en importancia solo en los últimos años. En ninguna otra región del mundo la cocaína tiene una relevancia tan alta sobre la demanda de tratamiento, siendo los opioides y las anfetaminas

⁹ La SEDRONAR (2017) mide el *consumo perjudicial o de riesgo de alcohol* mediante el **Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol** (AUDIT), desarrollado por la OMS. Define la dependencia según la CIE-10.

⁸ <https://agenda2030lac.org/es/metas/35>.

dominantes en Norteamérica y Asia, y los opioides y el cannabis en África, Europa y Oceanía (ONUDD, 2020b).

A nivel global existe también una marcada brecha por género: las mujeres representan cerca de un tercio de las personas que presentan dependencia a sustancias psicoactivas y sólo el 20% de las personas en tratamiento. Asimismo, las personas con identidades de género alternativas tienen un riesgo más alto de experimentar dependencia y abuso de drogas y tienden a enfrentar más obstáculos para acceder a los tratamientos (ONUDD, 2020c).

Existe evidencia de que el acceso al tratamiento es inferior en los países en desarrollo que en los más desarrollados. Sobre la base de un estudio de 26 países con distintos niveles de ingreso, Degenhardt *et al.* (2017) encontraron que de las personas con dependencia a sustancias psicoactivas¹⁰, había recibido tratamiento adecuado en

¹⁰ Este trabajo operacionaliza la dependencia a sustancias psicoactivas con la definición del DSM-IV descrita más arriba.

el último año el 10,3% en los países de ingresos altos, 4,3% en los países de ingresos medio-altos y 1,0% en los países de ingresos medio-bajos o bajos. Esta desigualdad se explicaría tanto por la heterogeneidad en la oferta de servicios como por las diferencias en la percepción acerca de la necesidad de tratamiento. Sólo el 39% de las personas con dependencia pudo percibir la necesidad de tratamiento y ese porcentaje tiende a aumentar con el nivel de ingreso del país. La SEDRONAR (2018a) encontró en la misma línea que la tasa de percepción sobre la necesidad de tratamiento tiende a aumentar con el nivel de ingreso de las personas. Los resultados sugieren que no solo es necesario mejorar el acceso a tratamientos, sino también se deben realizar esfuerzos en apoyar a las personas a reconocer la necesidad de ayuda. Adicionalmente, los autores destacan la importancia de que una vez provistos, estos tratamientos tengan un nivel de cobertura indicado (Degenhardt *et al.*, 2017).

Modelos de tratamiento del consumo problemático de sustancias

La literatura internacional concluye que los tratamientos del consumo problemático de sustancias en general son efectivos en reducir la frecuencia de consumo de drogas y mejorar el funcionamiento personal y social (Simpson, 2002; Machado, 2005; White, 2008). La literatura también muestra que la efectividad de los tratamientos varía ampliamente con la modalidad de abordaje; la amplitud, características y calidad de los servicios ofrecidos; la duración del tratamiento; y las características de los participantes (Machado, 2005).

Los modelos de tratamiento del consumo problemático de sustancias psicoactivas son múltiples y pueden ser clasificados de diversas maneras, por ejemplo, según el contexto de iniciación (individual, asistido por pares, asistido por profesionales), proceso de recuperación (basado en la abstinencia, basado en la moderación o asistida con medicación), ideología, alcance, duración, entre otras (White y Kurtz, 2006). En esta sección, se propone clasificar los modelos de intervención en cuatro categorías según la modalidad del tratamiento. Las primeras tres categorías (trata-

miento residencial, tratamiento ambulatorio y el abordaje comunitario) corresponden a la clasificación de modalidad de atención utilizada por la SEDRONAR (2018b) para clasificar las instituciones relevadas a través del **Censo Nacional de Centros de Tratamiento (CNCT)**¹¹. La cuarta categoría corresponde a los grupos de ayuda mutua, una modalidad que opera por fuera de las instituciones formales pero que está entre las más solicitadas por personas en situación de consumo problemático de alcohol y otras drogas tanto en Argentina como en el resto del mundo (Kelly y Yeterian, 2011; SEDRONAR, 2018a). Se exponen las características generales de cada categoría y se describe su relevancia en Argentina. Luego se presentan algunas formas o componentes de los procesos de tratamiento que son transversales o complementarias a estas categorías.

¹¹ El censo buscó relevar información sobre todos los dispositivos de tratamiento para el consumo problemático de sustancias psicoactivas en todo el territorio nacional, tanto públicos como privados, desde dispositivos de abordaje general de salud a centros especializados en la prevención y/o tratamiento de consumo problemático.

Modalidad de tratamiento

Tratamiento residencial

Los tratamientos residenciales proveen servicios de cuidado y acompañamiento las 24 horas, siete días de la semana. Dentro de este modelo, se puede distinguir entre las comunidades terapéuticas, que proponen un tiempo de internación extendido generalmente de entre 6 y 12 meses, las propuestas residenciales de corto plazo y la internación en hospitales para tratamientos de desintoxicación.

Las comunidades terapéuticas surgieron a mediados del siglo XX como alternativa a los tratamientos médicos convencionales. Según De Leon (1994), las mismas se diferencian de otros abordajes de dos maneras principales. Primero, generalmente adoptan un enfoque de tratamiento guiado por concepciones específicas sobre el origen del consumo problemático de drogas, el proceso de recuperación y la vida recta. Según esta mirada la adicción es un síntoma, pero no la esencia del problema. El objetivo del tratamiento es lograr cambios en los patrones negativos de los sentimientos, pensamientos y comportamientos que predisponen al consumo. Por lo tanto, si bien la desintoxicación puede ser una condición para el ingreso al programa, no es el objetivo del tratamiento. Las comunidades terapéuticas también adhieren a ciertos valores considerados necesarios para la recuperación -como la honestidad, la ética de trabajo y la responsabilidad personal y familiar- que guían cómo las personas se relacionan con ellas mismas, con sus pares y con la sociedad. El segundo elemento central del modelo es el uso de la interacción con compañeros como principal medio para facilitar cambios psicológicos y sociales. La mayoría de las actividades se realizan en grupo y las otras personas en tratamiento asumen responsabilidades como modelos de comportamiento responsable. Si bien las comunidades terapéuticas son un abordaje de tratamiento extendido en Argentina y a nivel global, autores como Garbi (2020) han abierto interrogantes sobre algunas de sus características constitutivas, como el modo de encierro y aislamiento, el uso de premios y castigos, y los mecanismos de control, por ejemplo, sobre qué, cómo y cuándo hablar.

Según el último CNCT de la SEDRONAR (2018b), el 35% de los 1.028 dispositivos públicos o privados que atienden a personas con consumo problemático de sustancias en Argentina ofrecen tratamientos residenciales o de internación. El 42% de los mismos son hospitales o clínicas de atención general de la salud, el 25% comunidades terapéuticas, el 13% organizaciones de la

sociedad civil (OSC) y el 7% hospitales o clínicas especializados en la salud mental y/o adicciones. Los programas hospitalarios en Argentina generalmente trabajan sobre el momento de crisis de consumo prestando servicios de desintoxicación y tratamiento, pero no ofrecen un acompañamiento de largo plazo (SEDRONAR, 2019). Según el ENCSP, en 2017 el 19% de las personas de entre 12 y 65 años que consumieron y buscaron tratamiento en el último año lo hicieron en una comunidad terapéutica (SEDRONAR, 2018a). Asimismo, entre los que recibieron tratamiento, el 7% de los hombres y el 8,4% lo realizaron en una institución residencial.¹²

Tratamiento ambulatorio

En los tratamientos ambulatorios el participante suele asistir a un hospital, centro de salud o programa de tratamiento diurno en días y horarios especificados. Los servicios provistos también pueden ser variados, pero generalmente combinan sesiones terapéuticas grupales y/o individuales con otros servicios sociales (NIDA, 2012). Argumentos a favor de los programas ambulatorios son que suelen ser más efectivos en relación con su costo que los tratamientos residenciales y permiten a las personas a seguir viviendo en su hogar durante el período de tratamiento, limitando así la interrupción de la rutina diaria y creando oportunidades para que las personas puedan probar las estrategias de autoayuda aprendidas en su entorno natural (Finney *et al.*, 1996).

Dentro de esta categoría, existen modalidades con distintos grados de intensidad (McCarty *et al.*, 2014). En su análisis etnográfico de un **hogar de día** en el Gran Buenos Aires, Bianchi y Lorenzo (2013) describen dos variedades de tratamiento brindadas por la misma institución: un acompañamiento más intensivo en el cual las personas concurren seis días por semana y al retirarse se quedan bajo la responsabilidad de los familiares y un tratamiento con mayor reinserción en la comunidad y asistencia tres veces por semana.

En Argentina, ocho de cada diez centros de tratamiento de la problemática del consumo de sustancias psicoactivas ofrecen servicios de tratamiento ambulatorios (SEDRONAR, 2018b). La prevalencia de tratamientos ambulatorios es consistente con el enfoque de la *Ley Nacional de Salud Mental* de 2010 (Ley N° 26.657) que promueve el uso de tratamientos ambulatorios y el mantenimiento de los vínculos de las personas con sus familias y entornos sociales y laborales. Entre los dispositivos que ofrecen tratamiento ambulatorio, los tipos más comunes son los hospitales o clínicas de atención general de salud (24% del

¹² Cabe aclarar que la encuesta registró un elevado porcentaje de sin respuestas entre las mujeres (de 55%) a la pregunta sobre el tipo de tratamiento recibido.

total), las OSC (12%) y los Centros Provinciales de Atención a las Adicciones (9%). Según el ENCSP, en 2017 de las personas de entre 12 y 65 que realizaron un tratamiento el 84,3% de los hombres y el 24,2% de las mujeres realizó un tratamiento ambulatorio (SEDRONAR, 2018a).

Tratamiento basado en la comunidad

Un modelo de tratamiento anclado en la comunidad busca fomentar la creación de un sistema de cuidado comunitario a través de la construcción de vínculos entre múltiples entidades locales y aprovechar los recursos de la propia cultura local. White (2002) describe cómo ciertas palabras, historias o metáforas que forman parte de la identidad comunitaria pueden ayudar a las personas a comprender aspectos de sus propias experiencias, facilitando el proceso de recuperación. Un abordaje comunitario también se basa en la idea que no solo el individuo sino también las familias y la comunidad en su conjunto necesitan pasar por procesos de recuperación paralelos mediante la reconstrucción de vínculos, la educación sobre los problemas del consumo problemático y acciones de prevención. White (2009) presenta diversos ejemplos históricos que ilustran el poder de la comunidad en contribuir a los procesos de recuperación (por ejemplo, el movimiento **Wellbriety** de los nativos norteamericanos).

Camarotti y Kornblit (2015) presentan los lineamientos de un *modelo integral comunitario* aplicado al abordaje del consumo problemático de drogas que tiene algunos elementos en común con el enfoque descrito por White (2002; 2009). Ambos modelos tienen en común el enfoque integral; la idea de articular las acciones de distintos actores individuales y sociales y entidades públicas en múltiples sectores; y que la comunidad tiene que ser protagonista en la búsqueda de soluciones relacionadas con el uso problemático de drogas. Camarotti y Kornblit (2015), no obstante, ponen mayor foco en la prevención y las políticas de reducción de daños.

El *modelo comunitario* es uno de los enfoques de tratamiento promovidos a nivel global por las Naciones Unidas (ONUDD, 2008) y su importancia ha crecido durante las últimas décadas en países como los Estados Unidos (White, 2008; 2009). Esta tendencia responde a varios factores. Primero, la evidencia científica muestra que la iniciación de un tratamiento en un entorno institucional no asegura el mantenimiento del proceso de recuperación luego de la reinserción en el entorno comunitario (White, 2008). Segundo, existe un creciente reconocimiento de que la recuperación de la dependencia requiere un tratamiento de largo plazo haciendo que cada vez más se promueva el reemplazo de un modelo de tratamiento biopsicosocial agudo hacia un modelo de recuperación que emula los tratamientos de

las enfermedades crónicas (McLellan *et al.*, 2005). Tercero, se ha ampliado la oferta de recursos comunitarios de acompañamiento en los procesos de recuperación de la dependencia, como grupos de ayuda mutua y casas, escuelas e iglesias de recuperación, además de la creación de nuevos movimientos de base que promueven el fortalecimiento de los vínculos comunitarios (White, 2007). Todos estos cambios han generado un interés renovado en la *ecología de la recuperación* y en entender cómo las relaciones de las personas con su entorno físico, social y cultural promueven o inhiben el proceso de recuperación en el largo plazo (White, 2009). White (2008) sostiene que los recursos comunitarios deberían ser un elemento central de un nuevo *sistema de cuidado orientado a la recuperación* en el cual las personas en recuperación tomen responsabilidad por el proceso y los profesionales sirvan de *guías*. La idea es encontrar un mejor balance entre los tratamientos clínicos y los enfoques socioculturales alternativos.

En Argentina, desde fines de los años noventa las OSC han introducido respuestas a los consumos problemáticos de drogas desde un enfoque comunitario, generalmente focalizando sus actividades en zonas de alta vulnerabilidad social (SEDRONAR, 2019). El ejemplo de mayor escala es la Familia Grande Hogar de Cristo, una organización creada en 2008 por el Equipo de Sacerdotes para las Villas de Emergencia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y que hoy cuenta con una red de más de 200 centros barriales en 19 provincias del país (Mitchell *et al.*, 2021). Otros ejemplos incluyen la **Asociación Civil Hay otra Esperanza** y **La Otra Base de Encuentro** (SEDRONAR, 2019). Algunas de estas acciones fueron nombradas por la SEDRONAR como **Casas de Atención y Acompañamiento Comunitario** (CAAC)¹³ aportándoles una importante fuente de recursos económicos.

A partir de la sanción de la Ley N° 26.934, el *Plan Integral de Abordaje de los Consumos Problemáticos*, en 2014, la SEDRONAR empezó a crear nuevos dispositivos con presencia de equipos interdisciplinarios en los territorios (SEDRONAR, 2019). Los **Dispositivos Integrales de Abordaje Territorial** (DIAT) son centros preventivos asistenciales gratuitos, de abordaje integral ambulatorio cogestionados con algún actor local (gobierno provincial o municipal u OSC), dirigidos a personas en situación de vulnerabilidad social y consumo problemático de sustancias psicoactivas. Los equipos de los DIAT, conformados por un referente local, un equipo técnico, operarios y talleristas realizan talleres, eventos y actividades sociales, culturales, deportivas, recreativas o

¹³ Las CAAC son *espacios comunitarios con presencia permanente en el territorio y el reconocimiento por parte de los actores de la comunidad que facilitan el acceso a la orientación, contención, atención y acompañamiento de personas que se encuentran en situación de exclusión social y consumo problemático de sustancias*. Véase <https://redcaacs.org.ar/>.

formativas en articulación con otras entidades locales. Los **Dispositivos de Tratamiento Comunitario** (DTC) ocupan un rol más estratégico enfocado en el diagnóstico del territorio, la creación de espacio de escucha para favorecer la participación comunitaria, la construcción de redes, la sistematización de información y el trabajo en conjunto con los DIAT en el seguimiento de casos individuales y grupales (SEDRONAR, 2019).

Grupos de ayuda mutua

Los grupos de ayuda mutua son grupos de dos o más personas que se reúnen para compartir sus experiencias y brindar ayuda a personas que se encuentran en una situación similar. La participación es generalmente gratuita, anónima, no involucra a profesionales y se basa en el apoyo de los pares. Algunas ventajas de los programas de ayuda mutua son la amplia dispersión geográfica de los grupos y que la participación no implica ningún costo económico para el individuo (Kelly y Yeterian, 2011).

Alcohólicos Anónimos (AA) es la red de grupos de ayuda mutua para el tratamiento de la dependencia a sustancias psicoactivas con mayor alcance global. Existen más de 120 mil grupos de AA en más de 60 países y se estima que más de 2 millones de personas participan actualmente en los grupos (GSOAA, 2018). AA fue creada en la década de 1930 en Akron, Ohio, EEUU por Bill Wilson y Dr. Bob Smith, personas que sufrían de alcoholismo y que empezaron a sostener la abstinencia mediante el trabajo en conjunto con otros alcohólicos (Dosset, 2013).¹⁴ Los principios y prácticas del AA se resumen en el esquema de los 12-pasos y un conjunto de principios organizativos (las 12-tradiciones)¹⁵. Los 12-pasos son *un conjunto de principios de naturaleza espiritual que, si se adoptan como una forma de vida, pueden liberar al enfermo de la obsesión por beber y transformarlo en un ser íntegro, útil y feliz*¹⁶.

Un elemento central del enfoque de AA es la concepción del alcoholismo (o la dependencia a otras drogas) como una enfermedad crónica que no puede ser controlada, sino solo manejada. La droga hace que la vida se vuelve ingobernable y, por lo tanto, la abstinencia es la única alternativa. Como se entiende que las personas son impotentes ante el alcohol (u otras sustancias adictivas), tienen que buscar el “poder” por fuera de ellos mismos para mantener la abstinencia. Los 12-pa-

sos refieren explícitamente al *poder de Dios*, pero dejan al individuo elegir su propia interpretación de ese término¹⁷. En este sentido, se sostiene que los 12-pasos ofrecen un enfoque espiritual pero no religioso. Pueden formar parte de los grupos de AA personas de cualquier religión, agnósticos u ateos. Otros elementos del abordaje son la importancia de participar de manera frecuente y durante toda la vida en las reuniones grupales para lograr una abstinencia duradera y apoyar a otras personas a emprender un camino de recuperación. Según una encuesta de membresía de AA aplicada en 2014 en Estados Unidos, los participantes asisten en promedio a 2,5 reuniones por semana y casi la mitad de los participantes han estado sobrios durante al menos cinco años, lo cual refleja la participación prolongada como método de mantenimiento de la abstinencia y actividad solidaria (AAWS, 2014). Más de la mitad de los encuestados indicaron que combinan la participación en AA con otras formas de tratamiento.

La creación de AA tuvo una influencia profunda sobre los movimientos de ayuda mutua (White, 2004). Diversos grupos adoptaron los 12-pasos para el tratamiento de la dependencia a otras drogas (por ejemplo, **Narcóticos Anónimos**) o para el tratamiento de otras formas de adicción (por ejemplo, Jugadores Anónimos). Asimismo, otros modelos de abordar el consumo problemático de drogas han incorporado los 12-pasos como un elemento de sus programas (Florentine y Hillhouse, 2000).

En Argentina, los grupos de AA empezaron a funcionar en 1953 (Camarotti y Güelman, 2017) y hoy existen más de mil grupos en el país.¹⁸ Según la SEDRONAR (2018a), en 2017 de las personas de entre 12 y 65 años que consumieron y buscaron tratamiento en el último año, el 23% lo realizaron en un grupo de AA y el 12,9% en un grupo de Narcóticos Anónimos.

Formas de intervención transversales

A continuación, se describen algunas formas de intervención aplicadas en situaciones de consumo problemático de drogas, comenzando por los programas de reducción de daños y siguiendo por algunas formas de tratamiento transversales a los distintos modelos presentados en la sección anterior, tales como los tratamientos farmacológicos y el tratamiento de contingencias. Finalmente, se comparan los distintos enfoques ideológicos, diferenciando entre los marcos religiosos, espirituales y seculares.

¹⁷ El texto básico de Narcóticos Anónimos invita a los miembros a elegir una comprensión del *poder superior* que expresa amor y cuidado y que es más grande que ellos mismos (Dosset, 2013).

¹⁸ <https://aa.org.ar/>

¹⁴ Según White (2004), si bien AA es la red de grupos de ayuda mutua más grande del mundo, no es la primera ya que los “círculos” de recuperación de los nativos norteamericanos fueron establecidos a mediados del siglo XVIII. A lo largo del siglo XIX se crearon diversos grupos de ayuda mutua en EEUU y Europa.

¹⁵ Véase <https://aa.org.ar/informacion-primaria/informacion-general>.

¹⁶ Véase https://www.aa.org/assets/es_ES/sp_tt_foreword.pdf.

Los **programas de reducción de daños** surgieron a fines de los años ochenta como respuesta a la creciente prevalencia de enfermedades (como VIH/SIDA y hepatitis C) entre los consumidores de drogas inyectables. El objetivo de este tipo de programa es disminuir los riesgos de salud asociados al consumo de drogas, prevenir la transmisión de enfermedades y mejorar la calidad de vida de las personas que padecen consumo problemático de drogas, poniendo el foco en los derechos de las personas por sobre el objetivo de abstinencia (Camarotti y Güelman, 2017). Si bien estos programas tienen un objetivo diferente, pueden considerarse una política complementaria a los abordajes de tratamiento. Los programas de reducción de daños suelen ofrecer equipos de inyección esterilizados, zonas de tolerancia donde consumidores pueden inyectar drogas en un entorno higiénico, educación sobre las consecuencias del consumo de drogas y sobre cómo prevenir la sobredosis y, a veces, intervenciones farmacológicas (ONUDD, 2007). Los primeros programas de reducción de daños en Argentina fueron introducidos en los años noventa (con financiamiento internacional) y desde el año 2003 existen programas públicos con este enfoque (Camarotti y Güelman, 2017).

La **desintoxicación** refiere a un proceso usado para eliminar y controlar la sintomatología de la abstinencia al consumo de drogas (NIDA, 2012). Generalmente la desintoxicación es administrada por un médico en un hospital o centro de tratamiento residencial. Metadona y buprenorfina son opioides sintéticos usados en el tratamiento a la dependencia a los opioides (White, 2008). Estos tratamientos suelen formar parte de programas de reducción de daños que buscan reducir los síntomas de abstinencia, eliminar el riesgo asociado con la inyección de opioides ilícitos y gradualmente progresar hacia la desintoxicación. Algunos medicamentos buscan eliminar el deseo de consumir mediante la neutralización de los efectos inducidos por las drogas¹⁹ o la provocación de reacciones adversas (White, 2008)²⁰. Como los tratamientos farmacológicos no tratan los factores psicológicos, sociales y contextuales asociados con el consumo problemáticos de sustancias, tienen que ser seguidos por otras formas de tratamiento.

¹⁹ Se utiliza el antagonista altrexone, por ejemplo, para neutralizar el efecto de opiáceos en inducir efectos eufóricos (White, 2008).

²⁰ Por ejemplo, Antabuse (disulfiram) hace que el consumo de alcohol en pequeñas cantidades provoque náusea, vómitos y otros síntomas adversos (White, 2008).

El **tratamiento de contingencias** utiliza un refuerzo positivo para incentivar los comportamientos positivos como la abstinencia (Petry, 2011). Los participantes suelen recibir por cada muestra de orina libre de drogas un vale que puede ser canjeado por artículos de consumo, como alimentos, entradas al cine, o una lotería para ganar premios monetarios. Si bien existe evidencia sobre su eficacia en el tratamiento de la dependencia a sustancias psicoactivas, su uso no es tan extendido (Petry, 2011). Por otra parte, el tratamiento de contingencias ha sido criticado por fomentar la adicción al juego, que a veces coexiste con el consumo problemático de sustancias (NIDA, 2012).

Finalmente, los abordajes del consumo problemático de sustancias varían según el rol de **la religión y/o la espiritualidad** en el proceso de recuperación. Los abordajes religiosos usan las creencias, enseñanzas y rituales religiosos, además de la comunidad de fe, para favorecer los procesos de recuperación y suelen tener aspectos en común, tales como la creencia de que la adicción emana de la fragilidad y debilidad humana, la necesidad de recurrir a recursos por fuera de uno mismo para lograr la recuperación y un conjunto de valores principales (White y Kurtz, 2006). En contraste, los modelos seculares suelen enfocarse en la capacidad del propio individuo en lograr cambios mediante la adquisición de conocimiento sobre uno mismo y sobre el problema de adicción. El trabajo de Camarotti et al. (2017) pone en evidencia la pluralidad de abordajes religiosos y espirituales en Argentina, que van desde las acciones de los curas vileros en barrios marginados hasta las comunidades terapéuticas evangélicas y las entidades no religiosas que incorporan dimensiones espirituales y trascendentes.

En Argentina, los servicios de tratamiento de la problemática del consumo de sustancias más provistos son la psicoterapia individual (provista por el 85% del total); la orientación a padres, familiares y/o la comunidad (82%); la terapia familiar o vincular (70%), la rehabilitación y prevención de recaídas (64%), la psicoterapia grupal (58%), la psicoterapia multifamiliar (49%); y los tratamientos farmacológicos (46%) (SEDRONAR, 2018b). Los centros de tratamiento también suelen ofrecer una amplia variedad de intervenciones para la inclusión social: el 79% ofrecen servicios de trabajo social, el 49% brindan asesoramiento legal; el 48% educación informal; el 42% capacitación laboral; y el 71% actividades artísticas, recreativas y deportivas (SEDRONAR, 2018b).

Conclusiones

El propósito de este trabajo ha sido analizar la evidencia sobre el consumo problemático de sustancias psicoactivas y sobre los distintos abordajes de tratamiento en Argentina desde una perspectiva global.

El análisis de las estadísticas muestra, primero, que la Argentina tiene una alta prevalencia de consumo de drogas en comparación con los otros países de América Latina y en el caso del consumo de alcohol, cannabis y cocaína, se ubica en una situación más cercana a las regiones del mundo con mayor prevalencia de consumo (América del Norte y Oceanía) que las regiones de prevalencia baja. Se destaca la alta prevalencia de consumo de cocaína en toda América Latina y, en particular, en Argentina, que se ubica en segundo lugar dentro de la región, luego de Uruguay. Además, ha habido un marcado aumento de la prevalencia de consumo de drogas ilícitas en Argentina durante los últimos veinte años.

La comparación de las estadísticas globales sobre los trastornos de consumo de sustancias psicoactivas indica que la tasa de prevalencia en Argentina supera ampliamente la prevalencia global, pero es más baja que en algunos otros países de América Latina, como Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay y que en Norteamérica. Desde 1990, si bien la prevalencia de trastornos de consumo de cualquier sustancia se mantuvo prácticamente estable, la de drogas ilícitas aumentó. La cocaína es la primera droga ilícita generadora de dependencia en el país.

En Argentina, igual que en las otras regiones del mundo, la prevalencia de consumo de drogas ilícitas y de dependencia son más altas entre los hombres que las mujeres y entre los jóvenes adultos que en los otros grupos etarios. Si bien en general la prevalencia de consumo de drogas es mayor en los sectores de la sociedad de nivel socioeconómico más alto, la transición del consumo a la dependencia es más prevalente en las

personas de menor nivel socioeconómico. Además, el consumo y la dependencia de drogas está especialmente arraigada en los barrios informales del país.

Sólo una pequeña fracción de las personas que padecen dependencia a sustancias psicoactivas reciben tratamiento, tanto en Argentina como en el resto del mundo. La tasa de participación en tratamiento tiende a ser más baja en los países de ingreso medio o bajo, entre las mujeres y en otros grupos vulnerables como las personas con identidades de género alternativas. La falta de participación en tratamientos se debe no solo a la falta de oferta de tratamiento sino también a que las personas no perciben la necesidad de solicitar ayuda.

Se propuso clasificar los modelos de intervención en cuatro categorías según la modalidad del tratamiento: el tratamiento residencial, el tratamiento ambulatorio, el tratamiento basado en la comunidad y los grupos de ayuda mutua. Algunas de las categorías de intervención transversales o complementarias a estos abordajes son los programas de reducción de daños, los tratamientos farmacológicos y el tratamiento de contingencias. Los abordajes también se diferencian en cuanto al rol de la religión y/o la espiritualidad en el proceso de recuperación.

En síntesis, el consumo problemático de sustancias psicoactivas es un problema de gran magnitud a nivel global y también en Argentina. A pesar de que la literatura internacional concluye que los tratamientos del consumo problemático de sustancias en general son efectivos en reducir la frecuencia de consumo de drogas y mejorar el funcionamiento personal y social, solo una pequeña fracción de las personas en situación de consumo problemático recibe tratamiento. Esta temática necesita ser abordada no solamente por especialistas, sino también por personas que trabajan en múltiples disciplinas y por la sociedad en su conjunto.

Referencias bibliográficas

- Alcoholics Anonymous World Services Inc. (AAWS) (2014). *Alcoholics Anonymous 2014 Membership Survey*. Recuperado el 22 de junio de 2021 de https://www.aa.org/assets/en_US/p-48_membershipsurvey.pdf.
- American Psychiatric Association (2000). *American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)* (4° ed.). Estados Unidos.
- Bianchi, E. y Lorenzo, G. (2013). "La recuperación es para obedientes. Algunas articulaciones y ajustes metodológicos para el análisis de un tratamiento de adicción a las drogas". *REL-MECS*, Vol. 3, N° 1, pp. 1-35.
- Bonfiglio, J. I. y Rodríguez Espínola, S. (coord.) (2016). *Barómetro del narcotráfico y las adicciones en la Argentina: serie del bicentenario 2010-2016, informes n°1-n°2*. Konrad Adenauer Stiftung. Recuperado el 8 de febrero de 2020 de https://www.kas.de/c/document_library/get_file?uuid=31616467-d0f3-8d81-ba79-9313ad4607b8ygroupId=287460.
- Bonfiglio, J. I. y Rodríguez Espínola, S. (coord.) (2017). *Barómetro del narcotráfico y las adicciones en la Argentina: serie del bicentenario 2010-2016: informe n°4*. Konrad Adenauer Stiftung. Recuperado el 14 de diciembre de 2020 de https://www.kas.de/c/document_library/get_file?uuid=6b1cc6f6-5a40-0c8b-5024-7e20122e50c5ygroupId=287460.
- Brown, A. E., Whitney, S. N., Schneider, M. A. y Vega, C. P. (2006). "Alcohol Recovery and Spirituality: Strangers, Friends, or Partners?" *Southern Medical Journal*, 99(6), 654-657.
- Camarotti, A. C. y Güelman, M. (2017). "Historia de los tratamientos para los consumos de Drogas". En Camarotti, A. C., Jones, D. y Di Leo, P. F. (ed.) *Entre Dos Mundos: Abordajes religiosos y espirituales de los consumos de drogas*. Argentina: Teseo.
- Camarotti, A. C., Jones, D. y Di Leo, P. F. (2017). *Entre dos mundos: Abordajes religiosos y espirituales de los consumos de drogas*. Argentina: Teseo.
- Camarotti, A. C. y Kornblit, A. L. (2015). "Abordaje integral comunitario de los consumos problemáticos de drogas: construyendo un modelo". *Salud colectiva*, N° 11, pp. 211-221.
- Camarotti, A. C., Romo-Avilés, N. y Jiménez Bautista, F. (2016). "Vulnerabilidad y prácticas de cuidado en mujeres consumidoras de pasta base en el área metropolitana de Buenos Aires". *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, Vol. 62, N° 2, pp. 96-107.
- Candil, A. (2017). "Variaciones en las modalidades de consumo intensivo de drogas en Buenos Aires: Un acercamiento desde las perspectivas de los involucrados en los tratamientos de salud". *Trabajo Social Hoy*, N° 82, pp. 67-88.
- Corbele, F. (2019). "La construcción social del 'problema de la droga' en Argentina, 1919-2018". *Revista Ingesta*, Vol. 1, N° 1, pp. 14-40. Recuperado de https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/121597/CONICET_Digital_Nro.061650ed-afee-4e40-aa13-21c2f33338de_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y.
- De Leon, G. (1994). "The Therapeutic Community: Toward a General Theory and Model". En Tims, F. M., De Leon, G. y Jainchill, N. (ed.), *Therapeutic Community: Advances in Research and Application*. National Institute on Drug Abuse, US Department of Health and Human Services.
- Degenhardt, L., Glantz, M., Evans-Lacko, S., Sadikova, E., Sampson, N., Thornicroft, G., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Andrade, L. H., Bruffaerts, R., Bunting, B., Bromet, E. J., Caldas de Almeida, J. M., de Girolamo, G., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Huang, Y., Kessler, R. C. (2017). "Estimating treatment coverage for people with substance use disorders: an analysis of data from World Mental Health Surveys". *World Psychiatry*, N° 16, pp. 299-307.
- Dosset, W. (2013). "Addiction, spirituality and 12-step programmes". *International Social Work*, Vol. 56, N° 3, pp. 369-383.
- Finney, J. W., Hahn, A. C. y Moos, R. H. (1996). "The effectiveness of inpatient and outpatient treatment for alcohol abuse: the need to focus on mediators and moderators of setting effects". *Addiction*, Vol. 91, N° 12, pp. 1773-1796.
- Florentine, R. y Hillhouse, M. (2000). "Exploring the Addictive Effects of Drug Misuse Treatment and Twelve-Step Involvement: Does Twelve Step Ideology Matter?" *Substance Use and Misuse*, Vol. 35, N° 3, pp. 367-397.
- Garbi, S. (2020) *De Aislamientos y encierros. Modos "legos" y "expertos" de tratar los consumos problemáticos de drogas*. Argentina: Teseo.
- General Service Office of Alcoholics Anonymous (GSOAA) (2018). *A. A. Fact File*. Recuperado el 6 de mayo de 2021 de https://www.aa.org/assets/en_us/m-24_aafactfile.pdf.

- Global Burden of Disease, Alcohol and Drug Use Collaborators (GBD) (2018). "The global burden of disease attributable to alcohol and drug use in 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016". *Lancet Psychiatry* 2018, N° 5, pp. 987-1012.
- Global Burden of Disease Collaborative Network (GBDN) (2020). *Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) Results*. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Recuperado el 15 de abril de 2021 de <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.
- Institute of Medicine (1990). *Treating Drug Problems*, Vol. 1. Estados Unidos: National Academy Press.
- Kelly, J. F. y Yeterian, J. D. (2011). "The Role of Mutual Help Groups in Extending the Framework of Treatment". *Alcohol Research y Health*, Vol. 33, N° 4, pp. 350-355.
- Kornblit, A., Caramotti, A., & Di Leo, P. (2009). *Prevención del consumo problemático de drogas. Módulo 1. La construcción social de la problemática de las drogas*. Recuperado el 3 de junio de 2022 de <https://infanciauyjuventudsc.files.wordpress.com/2011/05/1-construccion-social-de-la-problema-de-las-drogas2.pdf>.
- Lander, L., Howsare, J., & Byrne, M. (2013). The impact of substance use disorders on families and children: from theory to practice. *Social work in public health*, 28(3-4), 194-205.
- Machado, M. (2005). Substance abuse treatment, what do we know? An economist's perspective. *European Journal of Health Economics*, Vol. 6. N° 1, pp. 53-64.
- McCarty, D., Braude, L., Lyman, D. R., Dougherty, R. H., Daniels, A.S., Ghose, S. S. y Delphin-Rittmon, M. E. (2014). "Substance Abuse Intensive Outpatient Programs: Assessing the Evidence". *Psychiatric Services*, Vol. 65, N° 6, pp. 718-726.
- McLellan, A. T., McKay, J. R., Forman, R., Cacciola, J., y Kemp, J. (2005). "Reconsidering the evaluation of addiction treatment: From retrospective follow-up to concurrent recovery monitoring". *Addiction*, N° 100, pp. 447-458.
- Míguez, H. (1999). *Resumen de la Encuesta Epidemiológica sobre Prevalencia de Consumo de sustancias psicoactivas en Argentina – 1999*. SEDRONAR. Recuperado el 11 de marzo de 2021 de <https://observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/EncuestaZEpidemiologicaZsobreZPrevalenciaZdeZConsumoZdeZSustanciasZPsicoactivasZAnioZ1999.pdf>
- Mitchell, A. (2020). "Reseña bibliográfica: Anne Case y Angus Deaton, Deaths of Despair and the Future of Capitalism". *Ensayos de Política Económica*, Vol. 3, N° 2, pp. 153-155.
- Mitchell, A., Macció, J., Del Monte, P., Piccioni, G. y Alliger, S. (2021). *Evaluación de Impacto Integral de los Centros Barriales del Hogar de Cristo*. Argentina: Editorial Santa María.
- National Institute of Drug Abuse (NIDA) (2012). *Principles of drug addiction treatment. A research-based guide*. National Institute of Health. Recuperado el 25 de marzo de 2021 de <https://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition/principles-effective-treatment>.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD) (2004). *World Drug Report 2004*. Recuperado el 1 de diciembre de 2020 de <https://wdr.unodc.org/wdr2020/en/previous-reports.html>.
- (2007). *Strategies to Reduce Harm and HIV Infection among Drug Using Populations*. Recuperado el 4 de octubre de 2021 de http://www.uclaisap.org/internationalprojects/html/unodc/UN%20September%202007/Volume%20D/Topic%204/Vold_Topic4_Harm_Reduction_Feb_13_08.pdf.
- (2008). *Drug Dependence Treatment: Community Based Treatment*. Recuperado el 14 de junio de 2021 de: https://www.unodc.org/docs/treatment/CBTS_AB_24_01_09_accepted.pdf
- (2019). *World Drug Report 2019*. Recuperado el 8 de febrero de 2021 de: <https://wdr.unodc.org/wdr2020/en/previous-reports.html>
- (2020a). *World Drug Report 2020. Booklet 1: Executive summary | Impact of covid-19 | Policy implications Drug use and health consequences*. Recuperado el 1 de julio de 2021 de <https://wdr.unodc.org/wdr2020/en/drug-use-health.html>.
- (2020b). *World Drug Report 2020. Booklet 2: Drug use and health consequences*. Recuperado el 1 de julio de 2021 de <https://wdr.unodc.org/wdr2020/en/drug-use-health.html>.
- (2020c). *World Drug Report 2020. Booklet 5: Socioeconomic characteristics and drug use disorders*. Recuperado el 1 de julio de 2021 de <https://wdr.unodc.org/wdr2020/en/socioeconomic.html>.
- (2020d). *World Drug Report 2020. Annex*. Recuperado el 1 de julio de 2021 de <https://wdr.unodc.org/wdr2020/en/maps-and-tables.html>.
- (2020e). *World Drug Report 2020. Methodology Report*. Recuperado el 1 de julio de 2021 de https://wdr.unodc.org/uploads/wdr2020/documents/WDR-2020-Methodology_final_clean.pdf
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD) y Organización Mundial de la Salud (OMS) (2008). *Principles of Drug Dependence Treatment*. Recuperado el 4 de octubre de 2021 de <https://www.unodc.org/documents/drug-treatment/UNODC-WHO-Principles-of-Drug-Dependence-Treatment-March08.pdf>.

- Organización de los Estados Americanos (OEA) (2014). *Consumo de pasta base de cocaína en América del Sur: revisión de los aspectos epidemiológicos y médico-toxicológicos*. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, Observatorio Interamericano de Drogas. Recuperado el 25 de febrero de 2021 de <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Pasta%20Base%20de%20Coca%20C3%ADna%20-%20CICAD.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1994). *Lexicon of alcohol and drug terms*. Recuperado el 2 de junio de 2022 de <https://www.who.int/publications/i/item/9241544686>.
- (2010). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision*. Recuperado el 14 de junio de 2022 de <https://icd.who.int/browse10/2010/en>.
- (2018). *Global status report on alcohol and health 2018*. Recuperado el 26 de enero de 2021 de <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) y Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD) (2020). *International standards for the treatment of drug use disorders. Revised edition incorporating results of field-testing*. Recuperado el 5 de enero de 2021 de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331635>.
- Petry, N. M. (2011). "Contingency management: what it is and why psychiatrists should want to use it". *The psychiatrist*, Vol. 35, N° 5, pp. 161-163.
- Rival, J. M. y Salvia, A. (2016). *Estudio diagnóstico sobre las condiciones de vida, consumos problemáticos y seguridad ciudadana de jóvenes en villas y asentamientos del conurbano bonaerense* [Documento de trabajo]. Observatorio de la Deuda Social Argentina. Recuperado de <https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/8176/1/estudio-diagnostico-condiciones-vida.pdf>.
- SEDRONAR (2010). *Estudio nacional en población de 12 a 65 años, sobre consumo de sustancias psicoactivas. Argentina 2010. Informe de resultados*. Recuperado el 9 de diciembre de 2020 de https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2_poblacion.pdf.
- (2017). *Estudio nacional en población de 12 a 65 años, sobre consumo de sustancias psicoactivas. Informe de Resultados N° 1*. Recuperado el 9 de diciembre de 2020 de <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2018-10-05zencuestazhogares.pdf>.
- (2018a). *Estudio nacional en población de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas. Informe de los principales resultados sobre demanda de tratamiento*. Recuperado el 9 de diciembre de 2020 de <https://observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/CAPZDEMANDAZDEZTRATAMIENTOZ2ZdeZenero.pdf>.
- (2018b). *Censo Nacional de Centros de Tratamiento*. Recuperado el 9 de diciembre de 2020 de https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/censoz21-12_0.pdf.
- (2018c). *Análisis sobre la cobertura espacial de los centros de tratamiento de adicciones en territorios con alta vulnerabilidad social*. Recuperado el 9 de diciembre de 2020 de https://observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/Vulnerabilidad_cobertura_25-07_FZ_1.pdf.
- (2019). *Modelo de abordaje integral territorial de los consumos problemáticos. Una experiencia de política pública*. Recuperado el 12 de mayo de 2021 de https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/30_estudio.pdf.
- Simpson, D. D. (2002). *Understanding clinical processes to improve treatment. Research Summary. Focus on Treatment Process and Outcomes*. Institute of Behavioral Research at Texas Christian University. Recuperado el 21 de marzo de 2021 de <http://ibr.tcu.edu/wp-content/uploads/2013/06/RS-TrtProc-02.pdf>.
- Transnational Institute (2006). *El paco bajo la lupa: El mercado de la pasta base de cocaína en el Cono Sur. Documentos de Debate 14*. Recuperado el 10 de junio de 2021 de <https://www.tni.org/es/publicacion/el-paco-bajo-la-lupa>.
- Trucco, D. y Ullmann, H. (ed.) (2015). *Juventud: realidades y retos para un desarrollo con igualdad*. CEPAL. Recuperado el 5 de octubre de 2021 de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/38978/S1500718_es.pdf?sequence=4.
- White, W. (2002). "A lost vision: Addiction counseling as community organization". *Alcoholism Treatment Quarterly*, Vol. 19, N° 4, pp. 1-32.
- White, W. (2004). *Addiction recovery mutual aid groups: An enduring international phenomenon*. *Addiction*, 99, 532-538.
- White, W. (2007). "The new recovery advocacy movement in America". *Addiction*, N° 102, pp. 696-703.
- White, W. (2008). *Recovery Management and Recovery-oriented Systems of Care: Scientific Rationale and Promising Practices*. Northeast Addiction Technology Transfer Center, the Great Lakes Addiction Technology Transfer Center, and the Philadelphia Department of Behavioral Health/Mental Retardation Services. Recuperado el 16 de marzo de 2021 de https://www.opioidlibrary.org/wp-content/uploads/2019/08/Recovery_Mngmt_ROSC_White_2008.pdf.
- White, W. (2009). "The mobilization of community resources to support long-term addiction recovery". *Journal of Substance Abuse Treatment*, N° 36, pp. 146-158.
- White, W. y Kurtz, E. (2006). "The varieties of recovery experience". *International Journal of Self Help and Self Care*, N° 3, pp. 21-61.