

ABORDAJE INTEGRAL DE LOS CONSUMOS PROBLEMÁTICOS



*Si conocés a alguien
que necesita ayuda por
consumos problemáticos*

141

Sedronar

Secretaría de Políticas Integrales
sobre Drogas de la Nación Argentina



Presidencia de la Nación

Presidente de la Nación

Ing. Mauricio Macri

Secretario de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico

Mg. Roberto Moro

Subsecretaria de Abordaje Integral

Lic. Lidia Saya

Director de Capacitación en Materia de Drogas

Sr. Fernando Trabucco

Índice

Presentación de la propuesta	8
Nota.....	10

CAPÍTULO 1

EL CONSUMO COMO PROBLEMA	12
1. CONSIDERACIONES GENERALES.....	12
2. REPRESENTACIONES SOCIALES Y CONSUMOS PROBLEMÁTICOS.....	13
3. ACERCA DE LOS CONSUMOS EN EL CONTEXTO ACTUAL.....	17
Sociedades de consumo.....	17
La complejidad del campo de los consumos problemáticos en el contexto actual.....	19
Subjetividad contemporánea en clave comparativa.....	19
Sujetos de derecho.....	21
4. ASPECTOS GENERALES DEL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS.....	21
Construyendo una definición de “Problemática de Consumo”	22
Uso, abuso y adicción: categorías en discusión.....	24
El consumo de sustancias legales e ilegales.....	25

CAPÍTULO 2

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD	28
1. DISTINTOS POSICIONAMIENTOS COMO PUNTO DE PARTIDA.....	28
El problema es la sustancia.....	28
El problema es la persona.....	29
El problema es el contexto.....	30
2. MODELOS DE ABORDAJE.....	31
Ético-jurídico.....	31
Médico-sanitario.....	32
Psico-social.....	33
Sociocultural.....	34
Nuestra mirada: una perspectiva relacional y multidimensional.....	34
3. DIFERENTES PERSPECTIVAS SOBRE LA PREVENCIÓN.....	35
Enfoques preventivos clásicos.....	35
Prevención como anticipación.....	36
Grado de especificidad.....	37
4. TRABAJO EN TERRITORIO.....	39
Comunidad y territorio.....	39
Redes.....	43
Diagnóstico participativo estratégico.....	47

5.	RESILIENCIA COMUNITARIA.....	50
	¿Qué es la resiliencia?.....	50
	Construyendo resiliencia con la comunidad.....	51

CAPÍTULO 3

	ESTRATEGIAS DE ACOMPAÑAMIENTO Y CUIDADOS.....	52
1.	DETERMINANTES SOCIALES DEL PAR SALUD-ENFERMEDAD.....	52
	Lo problemático del tándem salud-enfermedad.....	52
	La jerarquización de los determinantes: de lo macro a lo micro.....	55
	La salud como construcción colectiva.....	57
2.	EL PROCESO DE MEDICALIZACIÓN DE LA VIDA.....	59
	Del determinismo biológico a la medicalización.....	59
	Caracterización de la medicalización en la actualidad.....	60
	La insuficiencia del uso de categorías como uso debido e indebido.....	64
3.	DISPOSITIVOS ASISTENCIALES.....	65
	Sistemas de salud.....	65
	Dispositivos terapéuticos.....	70
	Dispositivos asistenciales.....	71
4.	PRIMERA ESCUCHA.....	74
	Recibir, orientar y contener.....	74
	Escuchar, estar presentes para el otro.....	75
	¿Qué escuchar?.....	75
	¿Cómo escuchar?.....	76
	Escucha como diálogo de saberes.....	76
	Trabajo con las redes subjetivas.....	77
	Momentos de escucha.....	78
5.	TÉCNICAS DE ENTREVISTA.....	78
	Consideraciones generales.....	78
	Modelo de estadios del cambio.....	80
	¿Qué hace cambiar a las personas?.....	81
	¿Qué es la entrevista motivacional?.....	83
6.	INTERVENCIONES CON FAMILIAS.....	84
	Los vínculos familiares como función.....	84
	Familias y consumos problemáticos.....	85
	Problemáticas comunes a las familias que atraviesan situaciones de consumo.....	87
	Una intervención posible con las familias.....	88
	La agrupabilidad como respuesta de intervención.....	88
7.	ACTUACIÓN EN URGENCIAS TOXICOLÓGICAS.....	89
	Actuación durante los primeros minutos.....	90
	Estrategias de contención verbal.....	90

8. TRABAJO CON GRUPOS.....	91
Apuntalamiento.....	92
El grupo como espacio transicional: intermediario de la relación sujeto-sociedad.....	93
Definición de grupo.....	94
Momentos de conformación de los grupos.....	94
Momento de Fusión.....	94
Momento de discriminación.....	95
Identificación en los grupos.....	95
Pertenenencia grupal e identidad.....	96
Tipos de grupos. Objetivos específicos.....	97
Grupos Psicoeducativos.....	97
Grupos terapéuticos.....	97
Grupo de Reflexión.....	98
Grupo Homogéneo o Monosintomático.....	98
Grupos de Autoayuda.....	98
La coordinación grupal.....	99
¿Qué es trama grupal?.....	100
4. DETECCIÓN PRECOZ: A.S.S.I.S.T.....	101
Características generales.....	101
Razones fundamentales para realizar la prueba de detección de consumo de sustancias.....	102
Criterios para la detección.....	103
¿Quién administra ASSIST?.....	103
Problemas relacionados con el consumo de sustancias.....	103
Intoxicación aguda.....	104
Consumo regular.....	104
Consumo dependiente.....	104
Síndrome de Abstinencia.....	105
Riesgos asociados con inyectarse.....	105
Problemas de salud específicos relacionados con cada sustancia.....	105
Presentación del ASSIST.....	106

ANEXO I

NORMATIVA VIGENTE.....	108
Ley 23.737 conocida como la Ley de Drogas o Estupefacientes.....	108
Ley Nacional de Salud Mental N° 26657.....	109
Decreto reglamentario 603/2013.....	109
Los organismos que pone en marcha la reglamentación.....	110
Obras sociales y prepagas.....	112
Las instituciones asistenciales.....	113
Sobre la política de adicciones.....	113
Tratamiento de las personas inimputables o privadas de la libertad.....	114
La adaptación y sustitución de los hospitales monovalentes.....	114
Diagnóstico interdisciplinario integral.....	115
Acerca del riesgo cierto e inminente. ¿Cuándo internar?.....	115
Las visitas de las personas internadas.....	116
Ley 26.934 IACOP o Ley de abordaje integral de consumos problemáticos.....	116

ANEXO II

ASPECTOS GENERALES SOBRE POLÍTICA Y LEGISLACIÓN SOBRE ADICCIONES.....	118
Introducción.....	118
Normalización del consumo de drogas legales.....	128

Políticas Alternativas.....	129
Principios de una política progresista.....	139
BIBLIOGRAFÍA.....	144
Documentos consultados.....	149
EQUIPO DE PRODUCCIÓN.....	151

Presentación de la propuesta

La Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la República Argentina (Sedronar) tiene como misión principal coordinar integralmente las políticas públicas nacionales en materia de prevención y tratamiento de los consumos problemáticos de drogas.

En este sentido, Sedronar asume al consumo de drogas como una problemática social que debe ser abordada desde una mirada integral, junto con organismos nacionales, provinciales, comunales y de la sociedad civil. Sus acciones se llevan adelante a partir de un trabajo en red en territorio, fomentando procesos de inclusión y de fortalecimiento del entramado social.

Los consumos problemáticos nos enfrentan a un campo social complejo, multicausal y, al mismo tiempo, nos compelen a dar una respuesta acorde a dicha complejidad. Es por eso que se necesitan ciudadanos con capacidad de responder integralmente a todas las situaciones que se relacionan con los consumos problemáticos y su mitigación.

Los espacios de formación y capacitación, junto con las acciones de prevención y tratamiento, son ámbitos destacados de intervención estatal respecto del consumo problemático. Es allí donde las personas en tanto alumnos y alumnas entablan relaciones con contenidos específicos, con la cultura, con la producción colectiva de significados, con la sociedad y con el mundo. La Capacitación es fundamentalmente un lugar de encuentro, de intercambio de experiencias y de sentidos. Allí las personas construyen conocimientos, vínculos, conviven con pares y generan espacios de pertenencia a través de diversas prácticas. También se constituyen como ámbitos de contención, de escucha y de generación de vínculos de confianza. Un espacio amigable, donde se construye pertenencia y deseo de participación y donde se fomenta la expresión de los modos de sentir, pensar y actuar de los niños/as, adolescentes y de los adultos en sus diferentes lenguajes.

La formación potencia las manifestaciones simbólicas y promueve diversas formas de integración lúdica, deportiva, artística y cultural,

incluso fuera del horario de cursada, porque reconoce la importancia de ofrecer actividades significativas para el tiempo libre de las personas.

En el entramado de relaciones y prácticas llevadas a cabo durante la formación en espacios de Capacitación, los conocimientos se ponen en juego en vinculación con un espacio cercano, adquiriendo significados específicos, permitiendo acercarse a los sujetos al reconocimiento de los problemas y la construcción de sus posibles soluciones. Los intercambios y construcciones que tienen lugar en el ámbito de formación posibilitan el desarrollo integral del sujeto y promueven actitudes reflexivas y críticas frente a las situaciones dadas.

Pero también, es allí donde puede darse el encuentro entre las instituciones y asociaciones de la sociedad, enhebrando redes de acción colectiva con objetivos comunes. La circulación de la palabra y de significados posibilita hablar de las diferentes problemáticas presentes en el contexto, sacar a la luz aquello que es ocultado o es tabú. Por este motivo, remarcamos la importancia de la articulación entre los espacios de formación y los ambientes familiares y comunitarios, para promover la producción de escenarios donde llevar a cabo estrategias pedagógicas que permitan, además de instalar las problemáticas hablando sobre la cuestión, elaborar proyectos y prácticas de cuidado. De este modo, al mismo tiempo que nos formamos como agentes especializados en la problemática estamos haciendo prevención y enhebrando tramas de cuidado.

Específicamente sostenemos que es clave en la formación brindar a los alumnos y a las alumnas la posibilidad, los espacios y tiempos, para construir conocimientos con relación a ciertas prácticas en el marco de proyectos que les permitan escribir y reescribir historias (la suya y las del contexto), pensar y repensar-se/nos, hacer y rehacer-se/nos, cambiar las circunstancias y cambiar cambiando-se/nos. Entonces, el eje central en la etapa de formación (cualquiera sea) está vinculado con proyectar vida, hacer camino al andar, desde el derecho y el cuidado (auto y cuidado del otro).

A partir de lo expuesto, entendemos la formación y capacitación de agentes desde el sector público es un quehacer humano, entre otras importantes dimensiones, fundamental para asumir un compromiso

con la vida y el cuidado del semejante que exige compromiso para transformar lo dado.

En el marco de las acciones la Dirección Nacional de Capacitación de la Sedronar les proponemos que trabajemos juntos para construir conocimientos y prácticas para el abordaje integral del consumo problemático. Para lograrlo los invitamos a leer este manual, apropiarse de sus contenidos, debatirlos y ajustarlos para que se adecuen a las necesidades concretas de cada contexto particular.

Queremos invitarlos a emprender un recorrido de reflexión sobre la prevención y el acompañamiento de los consumos problemáticos, y a poner en práctica acciones conjuntas que nos ayuden a transformar la realidad de la comunidad.

Deseamos contribuir con la comunidad, aportando sugerencias centradas en la acción, que cobran dimensión gracias al trabajo pedagógico social por medio de diferentes instrumentos como este manual, revalorizando el rol de agentes y organizaciones de la sociedad civil como mediadores y articuladores en un entramado comunitario más amplio.



Nota

A lo largo del material utilizamos el genérico masculino con el objetivo de facilitar y no obstaculizar la lectura, incorporando algunos recursos o elementos lingüísticos de comunicación con perspectivas de género. Dejamos sentada nuestra posición de acompañar la **incorporación de una comunicación con perspectiva de género** y de **diversidad en la comunidad educativa**, en general.

Capítulo 1

El consumo como problema

1

CONSIDERACIONES GENERALES

Las problemáticas vinculadas al consumo forman parte de una realidad compleja que nos interpela, desafía y compromete como sociedad. No alcanza una sola mirada para comprender y abordar esta problemática ya que son múltiples los factores que se ven involucrados en ella.

Las situaciones de riesgo en los diferentes contextos pueden frustrar el desarrollo individual e incidir sobre el social. Cuestiones socioeconómicas y culturales, entre otras, pueden generar en muchas ocasiones conflictos, dejando a muchas personas sin la posibilidad de realizarse, de construir sus propios proyectos de vida. El debilitamiento de las relaciones sociales y la crisis de valores han actuado como suelo para que prenda la semilla del individualismo, la inmediatez y el consumismo. Estas situaciones actúan como marco donde los factores de riesgo frente a los consumos y prácticas pueden potenciarse y frustrar el desarrollo individual y social. Son causas posibles, aunque no las únicas, que potencian la problemática atravesando contextos y grupos sociales.

Teniendo en cuenta tal realidad y entendiendo al consumo problemático como un fenómeno multicausal y complejo, no provocado por una problemática propia del sujeto o una característica esencial de la sustancia, sostenemos que los consumos problemáticos en general constituyen un asunto que obliga a complejizar nuestra mirada acerca de la salud y que debemos abordar desde una mirada integral, colectiva y en términos relacionales. Proponemos, por lo tanto, formarnos en la materia cambiando el eje del análisis, dejando de centrar la atención solamente en la sustancia o el sujeto para hacer hincapié en las relaciones entre la sustancia, el sujeto y el contexto.

Junto con la Organización Mundial de la Salud (OMS), consideramos que la salud es mucho más que la ausencia de enfermedad, sino que se define como “completo estado de bienestar físico, mental y social”. En este sentido, abordar las problemáticas de consumo desde el enfoque más complejo de la salud implica un abordaje integral, que pone el foco en sus determinantes

sociales, y concibe a la salud como una construcción colectiva que incluye el acompañamiento social y la generación de tramas de cuidados desde el Estado en interacción con la sociedad civil.

De aquí que para contribuir a la mejora de la salud es indispensable apuntar a la construcción de redes de relaciones cada vez más fluidas entre diversos actores sociales o ir fortaleciendo las relaciones ya constituidas. Desde esta perspectiva, consideramos a la inclusión y la reconstrucción de redes como estrategias privilegiadas en materia de política pública de abordaje. Mediante las mismas contribuimos a modificar la realidad de las personas otorgándoles multiplicidad de alternativas. Incluir es reconocer el valor y la dignidad de cada persona, incluir es reconocer lo diverso y valorar esa diversidad, incluir es reconocer y visibilizar en especial a los que se encuentran en una situación de vulnerabilidad social.

Entendemos tanto el consumo problemático como cualquier asunto que afecta a la salud de las personas desde el enfoque del abordaje integral y el modelo de promoción de la salud. Nos proponemos dirigir acciones que promuevan el desarrollo integral del ser humano, la familia y la comunidad.

En este primer apartado de nuestro manual abordaremos todos los contenidos relacionados con los aspectos más generales que subyacen a las problemáticas del consumo. Nos planteamos aquí fortalecer la presencia de agentes a partir del desarrollo de contenidos en diversos aspectos de la cuestión.

2 REPRESENTACIONES SOCIALES Y CONSUMOS PROBLEMÁTICOS

Es muy fácil darnos cuenta de la existencia de representaciones sociales. Sin embargo, entender qué son y cómo actúan es más complicado. Tal vez una de las mejores definiciones la dio Denise Jodelet.

“El concepto de representación social designa una forma de conocimiento específico, el saber de sentido común, cuyos contenidos manifiestan la operación de procesos generativos y funcionales socialmente caracterizados. En sentido más amplio, designa una forma de pensamiento social. Las representaciones sociales constituyen modalidades de pensamiento

práctico orientados hacia la comunicación, la comprensión y el dominio del entorno social, material e ideal. En tanto que tales [sic], presentan características específicas a nivel de organización de los contenidos, las operaciones mentales y la lógica.”



Las representaciones sociales son, entonces, formas del pensamiento social, el conocimiento práctico que se transmite y se sostiene socialmente, a través de las relaciones entre las personas. Constituyen un modo de interpretar y de reproducir nuestra realidad cotidiana, una forma de conocimiento social. Las representaciones configuran lo que sabemos desde el sentido común. Ellas están constituidas por opiniones, creencias, nociones, ideas, que ante determinadas situaciones afloran y son compartidas por un colectivo social.

La categoría representaciones sociales aparece por primera vez en 1961, gracias a los aportes teóricos realizados Serge Moscovici, buscando conocer la naturaleza del pensamiento social. En sus trabajos, Moscovici elabora la noción de representaciones sociales con el objetivo de dilucidar los procesos mediante los cuales las personas construyen la realidad social en la que participan y al mismo tiempo, son constituidas como sujetos sociales por dicha realidad. La teoría en torno al concepto de relaciones sociales se ha desarrollado principalmente en el campo de la psicología social siendo permanentemente retomada por diferentes investigadores en distintos campos.

Robert Farr sostiene que las representaciones están constituidas por sistemas de valores, ideas y prácticas con una función doble: por un lado, ellas establecen un orden que permita a las personas guiarse, moverse, por así decir, en el mundo natural y social para poder dominarlo; por otro lado, permiten la comunicación fluida entre los miembros de una comunidad proporcionándoles un código para el intercambio social y para nombrar y clasificar sin ambigüedades los diversos aspectos de su mundo y de su historia individual y grupal.

Según Denise Jodelet en la representación tenemos el contenido mental concreto de un acto de pensamiento que restituye simbólicamente algo ausente, que aproxima algo lejano. Particularidad importante que garantiza a la representación su aptitud para fusionar perceptor y concepto y su carácter de imagen.”

Hay un sin número de representaciones, creencias y mitos compartidos

socioculturalmente cuando nos referimos a cuestiones ligadas con la salud. Estas pueden derivarse de los modelos hegemónicos que de algún modo han penetrado el sentido común gracias a los medios de comunicación o el “boca en boca”. Citaremos algunos ejemplos para graficar la cuestión:

En repetidas oportunidades escuchamos sostener que el médico es el único garante de salud, él por sí mismo tiene la última palabra en lo que se refiere a la cura, solemos escuchar definición de la salud como la ausencia de enfermedad o que para cada dolencia existe un único remedio. En lo que se refiere al consumo problemático, por ejemplo, solemos percibir a muchas personas sostener con una fuerte convicción que el problema es la juventud, la sustancia como flagelo capaz de apropiarse de las voluntades o que el adicto es un enfermo que debe curarse.

Pero también de los mitos y del sentido común emanan prejuicios y estereotipos que devienen en estigmatizaciones.

Vivimos en sociedades democráticas en las que las personas son libres y pueden pensar lo que deseen. Aunque si bien esto es así, y por más que cada persona individualmente puede pensar desde su propio punto de vista, no hay que dejar de ponderar el hecho de que la sociedad en su conjunto ocupa un lugar destacado en la construcción de representaciones y significados individuales. En alguna medida, la sociedad impacta en la construcción de identidades y el modo de ser de cada persona, su forma de pensar, sus hábitos, el modo de vestir, sus gustos, etc. A partir de estas construcciones sociales, cada comunidad va elaborando sus reglas, sus creencias, y los indicadores de lo normal, lo anormal, lo natural o lo antinatural, lo que se espera de cada uno de sus miembros, lo que está bien o lo que está mal.

Por ejemplo, ni bien nos encontramos con un desconocido, enseguida que lo vemos elaboramos una primera impresión sobre sus cualidades o su personalidad. A partir de allí inferimos otras cuestiones acerca de su modo de vida, de subsistencia, qué estudia, etc.

Pero hay que tener en cuenta que estas primeras impresiones no son verdaderas. Representan más que nada conjeturas y expectativas. No son reales, sino que pertenecen al plano de las ideas.

Por lo general, esperamos que las actitudes de las personas concuerden con las ideas y prejuicios que nos hemos formado en nuestras primeras impresiones. Se pretende igualar, que todos seamos y actuemos de la misma manera. Cuando una persona no tiene determinada característica común a la mayoría y es diferente puede suceder (no siempre afortunadamente) que la sociedad la rechace, la excluya, la vea incluso como peligrosa. En este caso estamos frente a un estigma.

Lamentablemente, cuando nos referimos estrictamente a consumo de

sustancias nos encontramos con uno de los campos de la vida social en el que circula una gran cantidad de mitos, estigmatizaciones y prejuicios. Se suele pensar que los adictos son delincuentes o enfermos.

Los estigmas y prejuicios dirigidos a los consumidores en muchos casos actúan como trabas para que las personas puedan acceder a un tratamiento adecuado. Es entonces fundamental romper ciertos mitos, desnaturalizar las miradas, criticar ciertas conductas prejuiciosas y tender un puente al consumidor incluyéndolo para que él mismo no se auto segregue.

Es preciso tener presente que las personas que son estigmatizadas sufren una disminución de su autoestima. A la vez, a estos sujetos se les dificulta generar vínculos sociales. La pérdida de estima y el ensimismamiento van aislando a la persona de la trama social.

También los prejuicios acerca del consumo suelen reforzarse por estigmatizaciones respecto a su posición social, su nivel socioeconómico o educativo, o respecto al tipo de sustancia o de consumos. Generar estereotipos (el consumidor como delincuente, enfermo, marginal) puede devenir en respuestas como castigos, moralinas, agresiones y violencia. Todo esto no ayuda a la persona a mejorar su situación mediante un tratamiento.

Cada comunidad regula sus normas respecto a qué sustancias y qué cantidades, que usos son esperables y qué conductas respecto a los usos, además de las prohibiciones. Una acción puede o no incorporarse al conjunto de normas sociales y ser aceptada. Pero hay que tener presente que esto depende del contexto. No todas las sociedades actúan de la misma manera. Por ejemplo, en algunas se tolera mucho más el consumo de las sustancias legales como el alcohol, el tabaco que otras sustancias ilegales. No está mal visto ponerse alegre tomando alcohol en una fiesta, pero sí que se tome cocaína. En algunos países es legal y se tolera el consumo de hachís. Incluso dentro de una misma sociedad, dependiendo la clase social o el ámbito que tomemos esto puede cambiar.

En síntesis, creemos que es fundamental llevar a delante un trabajo a partir de la desnaturalización, desde un enfoque crítico, encarando las situaciones de consumo de sustancias desde miradas inclusivas, interdisciplinarias y alejándonos de posiciones represivas, estigmatizantes y prejuiciosas.



La estigmatización se produce cuando una persona posee, realmente o según la opinión de otros, algún atributo o característica que le proporciona una identidad social negativa o devaluada en un determinado contexto.

Al igual que el prejuicio, el estigma siempre se produce en forma grupal y es compartido.

Antes de adentrarnos en el tratamiento de la problemática es necesario realizar un breve rodeo con el objeto de contextualizarla. De este modo, creemos favorecer un mejor abordaje de la cuestión dotándola de sentido. Luego estaremos en mejores condiciones de enfocarnos los diferentes aspectos de la complejidad de la temática.

Sociedades de consumo

Quisiéramos detenernos antes de ingresar de lleno al punto en una primera observación que podemos realizar referida al tipo de sociedades en que se está dando la problemática que nos convoca. Si bien siempre han existido problemáticas ligadas al consumo de sustancias, en los últimos 50 años las mismas se han incrementado tanto cuantitativa como cualitativamente. Al mismo tiempo, desde las ciencias sociales, existe un amplio consenso en señalar que desde hace medio siglo vivimos en la denominada sociedad de consumo. ¿Es esto casual?



Existe evidencia arqueológica y antropológica de que los pueblos aborígenes de nuestro continente consumían drogas, tales como alucinógenos y alcoholes. Pero este consumo era muy diferente del consumo que observamos hoy día. El consumo de aquellos pueblos, podríamos decir, era un consumo “reglado” de una manera particular. No se consumía en cualquier momento, sino que se lo hacía en cierto momento del año, en general vinculado con alguna cuestión religiosa, o para celebrar algún acontecimiento significativo, como el término de la cosecha. En términos generales, no consumía cualquier miembro de la comunidad, sino que eran personas autorizadas por la liturgia quienes lo hacían, los llamados chamanes, para conectarse con fuerzas espirituales o con los dioses. Asimismo, los procesos de transformación de los elementos de la naturaleza circundante en sustancias con propiedades psicoactivas eran celosamente guardados por algunos miembros autorizados por la tradición para conocerlos, y requerían largos tiempos de elaboración.

En nuestra sociedad actual, notamos casi lo contrario: consume todo tipo de personas, en cualquier momento o lugar, y aparecen constantemente nuevas drogas, que apuntan a tener un efecto cada vez más rápido y a ser cada vez más baratas, es decir, que conllevan la posibilidad de ser adquiridas de manera más fácil.

Ahora bien, ¿acaso no sucede esto mismo con los demás objetos de consumo? Pensemos en los teléfonos. Hace varias décadas atrás, existía aquel teléfono negro, que toda familia aspiraba a tener, y que respondía estrictamente a la necesidad de comunicación con personas que estaban lejos, así como de salvar una vida. Cuando una familia accedía a aquel aparato negro, el acto de demandar el teléfono se terminaba. Era usado con cierto objetivo específico, lo usaban los adultos, se cuidaba de no hablar de más. En la actualidad, los celulares nos demuestran una mutación en la sociedad. Además de las necesidades mencionadas, los celulares sacan fotos, reproducen música, videos, se conectan a internet, hasta se pueden usar para hacer las compras del mes en el supermercado. Se debate si es conveniente que los niños tengan uno y, de hecho, muchos tienen.

Algo similar sucede con los tiempos de espera para el consumo. Antiguamente, las personas solían durante mucho tiempo ahorrar para poder comprar algún bien durable. Hoy, gracias a los sistemas de cuotas, alguien puede acceder de forma inmediata a prácticamente cualquier bien, para pagarlo después. El mejor ejemplo para esta modalidad de consumo son los sistemas de televentas que proponen “LLAME YA”.

Vivimos, entonces, en una cultura que valora la satisfacción rápida e inmediata, el consumo por el consumo, donde el sistema nos propone todos los días, por ejemplo, un nuevo modelo de celular, con una serie de funciones que nada tienen que ver con la necesidad que vienen a satisfacer -la comunicación-, y que, además, si no se lo posee, uno se queda afuera de la sociedad. La integración a la sociedad se da por el consumo, y se prodigan valores que apuntan más al tener, que al ser. La publicidad nos muestra, todos los días, que la solución a los padecimientos subjetivos puede darse a través del consumo. Un conocido shopping de la Capital Federal tenía una publicidad, hace unos años, donde mostraba a diversas mujeres que, tras una ruptura sentimental, recobraban la felicidad comprándose ropa y cosméticos en dicho shopping.

Todas las sociedades, en todos los tiempos, ofrecen mecanismos de regulación de los padecimientos subjetivos y colectivos, a fin de garantizar el orden social. La institución matrimonial, por ejemplo, es uno de ellos: ordena las pulsiones sexuales, reglamentando que los sujetos deben, llegados a cierta edad, elegir a una persona solamente. Las instituciones -como el matrimonio, la escuela, la familia, etc.- tienen la función de construir personas que sean funcionales a esa sociedad. En la actualidad, se señala desde las ciencias sociales, que las instituciones clásicas parecieran ya no dar respuestas a esa necesidad de ordenamiento social. Escuchamos decir que la escuela está en crisis, que los maestros perdieron autoridad, que la familia está en crisis, etc.

Ante este desconcierto, pareciera emerger como ordenador social el consumo. Los padecimientos se canalizan consumiendo. Se pertenece a cierto grupo social por el tipo de objetos que se consumen. A esto llamamos sociedad de consumo.

Entonces, volvemos a la pregunta con la que iniciamos este apartado: ¿es casual que en plena sociedad de consumo se agraven los problemas de consumo de

drogas? ¿Es casual que aparezcan todo el tiempo nuevas drogas, llamadas “de diseño”, con nombres atractivos? La lista de preguntas podría continuar. Por supuesto, este contexto no es una causa determinante absoluta de las adicciones, pero sí es el escenario donde las mismas tienen lugar. Las problemáticas de consumo de sustancias son un fenómeno multicausado que deben encuadrarse dentro de las problemáticas del consumo en general.

La complejidad del campo de los consumos problemáticos en el contexto actual

Cuando hablamos de nuevas estrategias con relación al abordaje del consumo problemático no podemos hablar en abstracto, es necesario contextualizar y complejizar la mirada con el objeto de comprender a fondo el marco en el que dichas prácticas adquieren sentido.

A partir de los últimos 40 años vienen desarrollándose, a escala global, una serie de transformaciones del mundo laboral y sociocultural que impactarán en la conformación de la subjetividad.

La metamorfosis a escala global de la que estamos hablando es, principalmente, la consolidación de una nueva forma de hegemonía cultural y política que permite plasmar un bloque histórico-social constituido en torno a nuevos modos de articular la economía que tienen su núcleo en el capital financiero y en las reestructuraciones concretas que éste trae aparejadas; una forma de capital que no tiene solidez, que fluye sin fronteras, que no necesita fábricas ni multitud de trabajadores.

Es indiscutible que vienen desplegándose una serie de articulaciones, rearticulaciones o mutaciones radicales, no sólo en el modo de producción, en lo que hace al proceso de trabajo sino también, en las políticas y en las relaciones de poder que pueden constituir una nueva forma de sentido común preponderante, propiciando la construcción de significados y, a la vez, legitimando ciertas prácticas y formas de interacción entre las personas en la sociedad, una nueva forma de pensar y de vivir.

Esta nueva forma de hegemonía cultural, política y económica ligada al capital financiero propicia la construcción de subjetividades individualistas, consumistas, despreocupadas, superficiales, pero también se retroalimenta y potencia por la instauración de un sentido común, básicamente, con escasa densidad crítica, liviano, que tiende a alimentar lógicas de dispersión y desagregación social. Son todas estas características de lo que algunos intelectuales han denominado sociedad postindustrial, modernidad líquida, posmodernidad, etc.

Subjetividad contemporánea en clave comparativa

Nos interesa presentar a modo de ejemplo una sistematización realizada a partir de un trabajo de campo con pueblos aborígenes de diferentes etnias de la región noroeste de nuestro país.

Estos talleres se realizaron desde la Dirección Nacional de Capacitación de la Sedronar durante el 2017, y tuvieron por objetivo conocer la situación de consumo de alcohol en dichas comunidades. Para ello, se abrió un espacio de recuperación colectiva de la memoria respecto de la modalidad de consumo de alcohol en su cultura ancestral, y se la contrapuso con la modalidad de consumo en la actualidad, la cual se ve influenciada por la cultura occidental moderna. A su vez, se vinculó cada modalidad de consumo a la cosmovisión de la cual emergen.

Entendemos que este cuadro servirá como reflejo claro de cómo las problemáticas de consumo son emergentes de un contexto cultural determinado.

	ANCESTRALIDAD	CULTURA OCCIDENTAL
Consumo de Alcohol	Se consume alcohol como parte de las ceremonias y un poco los domingos. El alcohol implica un encuentro con el otro, se bebe de manera colectiva. En las celebraciones, se consume, pero lo central sigue siendo el rito: ir a misa y realizar diferentes actos de devoción.	Se consume alcohol por el consumo mismo, habiendo consumo cualquier día en cualquier momento. El sujeto que consume alcohol “se pierde”. En las celebraciones, el rito pasa a segundo plano, muchas personas no asisten a la misa ni cumplen con los actos de devoción, pero sí se toma alcohol en exceso varios días antes y después de las fechas.
Relación con los objetos	El ser humano es una unidad con la naturaleza y con la divinidad. El mundo material queda en un segundo plano.	El ser humano vale por lo que tiene. La naturaleza y lo espiritual están en segundo plano.
La trama social	La felicidad está en los vínculos. Se considera «familia» a todos los miembros de la comunidad, los lazos de sangre son secundarios. La pertenencia al grupo se da por los valores y la historia compartida.	La felicidad está en las posesiones materiales. La «familia» es el vínculo privilegiado, la comunidad está en un segundo orden. La pertenencia a la sociedad en general y a un grupo en particular está marcada por el poder adquisitivo.
Concepción del tiempo	Hay un pasado, un presente y un futuro: “La Tierra te cría, te da y volvés a ella”.	Exaltación del presente: ideales de juventud eterna y moda, como lo pasajero permanente.
Organización del trabajo y la producción	Economía cooperativa. La comunidad produce y consume de manera colectiva, en una economía de lo suficiente.	La economía es competitiva. Se produce en soledad y se consumen objetos cuyos productores se desconocen. Hay una lógica de acumulación y posesión.
Construcción de conocimiento	Hay una unidad entre el aprender, el sanar, el producir y el hacer arte.	Las esferas de la vida están separadas y el conocimiento se especializa.

Sujetos de derecho

Es importante remarcar un punto en el que venimos insistiendo desde hace varios párrafos: para mejorar la salud de las personas es importante propender a la reconstrucción del tejido social y el fortalecimiento de las relaciones sociales. Las personas no pueden recuperarse solas ni el abordaje puede ser una cruzada de un individuo aislado. Desde esta perspectiva, entendemos que el fortalecimiento de las redes sociales es una de las estrategias fundamentales para abordar las problemáticas del consumo.

En este sentido, debemos incorporar a las personas dentro de ese entramado de relaciones en tanto sujetos de derecho, como dimensión fundamental. Esto implica pensar sujetos capaces de proyectar, crecer, soñar y construir nuevos mundos, con derecho no solo a recibir el tratamiento adecuado, sino también de lograr su plena participación en la sociedad.

Por todo lo antes dicho pensamos que es necesario llevar a la práctica estrategias de abordaje y formación no solamente centradas en la reducción de la demanda de sustancias sino también mediante una acción social que le permita planificar un proyecto de vida en el cual la persona pueda desarrollarse plenamente. Frente a este escenario se hace imprescindible contextualizar y territorializar las prácticas. El abordaje integral es con el otro, en contexto, en territorio y en red con instituciones y asociaciones de la sociedad civil.

De este modo, imaginamos la tarea como el enhebrado de una trama, los diferentes aspectos que promueven un ambiente de cuidados, basado en el conjunto de vínculos, prácticas, disposiciones físicas y temporales que despiertan un sentido de pertenencia en un contexto dado. Se trata de promover en los sujetos las ganas de ser parte, de participar, de construir proyectos y de transformar las circunstancias.

4 ASPECTO GENERALES DEL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS

Existen distintos tipos de lazos que las personas pueden establecer con las sustancias o modalidades de consumo; no obstante, no necesariamente todos ellos representan adicciones.

Existen múltiples factores que se ven involucrados. No alcanza una sola mirada para pensar el problema, por tal motivo es preciso desarrollar un abordaje integral que ponga el foco en los condicionantes sociales, que incluya los lazos sociales y las tramas de cuidado desde el Estado en interacción con organizaciones de la sociedad civil y las comunidades.

Desde estas páginas proponemos enfocar el asunto de los consumos problemáticos como un problema complejo que involucra a todos los sectores, priorizando la inclusión y elaboración de redes como un articulador social esencial y las respuestas comunitarias y participativas como estrategias fundamentales para afrontarlos.

Construyendo una definición de “Problemática de Consumo”

Vamos a exponer cuatro miradas que no son exhaustivas ni contrapuestas, sino que constituyen propuestas de vectores que nos permitan dirigirnos hacia una conceptualización de la idea de problemática de consumo.

Podemos decir entonces, que “problemática de consumo” implica pensar:

• El consumo como problema

En la sociedad occidental y moderna, el consumo se torna un articulador social fundamental. Ante el llamado proceso de desinstitucionalización, el cual implica que las instituciones clásicas (la escuela, la familia, la religión, etc.) ya no son capaces como antes de construir las pautas de vida de las personas que forman parte de la sociedad, quedando las mismas en la esfera de las decisiones personales, el consumo se erige como un dispositivo de construcción de orden social. “En la sociedad actual, valés por lo que tenés”, dicen algunos. El poder adquisitivo y el tipo de consumos que una persona realiza suelen ser ejes constructores de identidad y, por lo tanto, del lugar que esa persona ocupa en el mundo. En este sentido, es interesante recordar que en ciencia la palabra “problema” alude a aquello que se quiere conocer o investigar.

Podemos decir, entonces, que abordar los “problemas de consumo” implica estudiar los atravesamientos del consumo en nuestras vidas, cómo nos condiciona, qué papel juega en los padecimientos que transitamos.

• Problematizar el consumo

Consumo problemático no es una herramienta de diagnóstico. No es su objetivo clasificar a las personas ni sus actos.

La propuesta fundamental es officiar de herramienta de problematización, lo cual quiere decir construir preguntas con el sujeto que consume respecto de qué papel, a qué le está encontrando respuesta, qué está evadiendo, con ese consumo.

Esta pregunta tiene que ser el punto de partida, y debe ser coproducida con la persona, colocando al sujeto en un rol protagónico desde el primer momento. Quien interviene debe ser apenas un mero facilitador del proceso.

En este sentido, podemos decir que todos los consumos se pueden

problematizar, ya que siempre pueden incorporarse en un espacio de reflexión y escucha.

• **Consumo Problemático - Consumo No Problemático**

Si hablamos de consumo problemático, bien podríamos inferir que existen consumos que no son problemáticos.

En efecto, teóricamente, hay consumos que tienen cierto grado de moderación que podrían no afectar de manera significativa áreas fundamentales de la vida de una persona.

Vale remarcar, para estos casos, que la posible condición de no problemáticos no significa exención de riesgos.

No obstante, es importante destacar, desde la estrategia de intervención, que en tipos de consumos como los descritos, puede ser contraproducente la inclusión de la persona en dispositivos asistenciales, y que, en todo caso, es menester la construcción de espacios de reflexión y/o acciones de reducción de demanda con una lógica no especializada, por ejemplo, la oferta a nivel comunitario de actividades alternativas al consumo, que incluyan lo artístico o lo deportivo.

Definición de Consumo Problemático

Existe una definición de consumo problemático en el texto de la Ley 26.937/2014 Plan Integral de Abordaje de los Consumos Problemáticos. Independientemente del estatuto de esta ley, nos interesa tomarla como documento de análisis.

Allí, se denomina consumo problemático a “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. Los consumos problemáticos pueden manifestarse como adicciones o abusos al alcohol, tabaco, drogas psicotrópicas —legales o ilegales— o producidos por ciertas conductas compulsivas de los sujetos hacia el juego, las nuevas tecnologías, la alimentación, las compras o cualquier otro consumo que sea diagnosticado compulsivo por un profesional de la salud.”

Algunos puntos para comentar:

- **Criterio de problematicidad:** considerar problemático el hecho de que afecte, aunque sea un área vital de la persona, por ejemplo, sus relaciones sociales, nos indica que la mirada debe ser integral, ecológica y, al mismo tiempo, apuntar a la singularidad de cada sujeto en su contexto y tomando en cuenta su historia.
- **Cronicidad:** a partir de la noción de riesgo expuesta en el párrafo anterior, pensamos que no necesariamente debe haber afección crónica

para propiciar una problematización de un consumo.

- Consumo sin sustancia psicoactiva: en este sentido, se amplía el espectro de la problemática, dejando en claro que lo fundamental es pensar cuál es la relación que una persona establece sea con una sustancia psicoactiva o cualquier objeto de consumo, o inclusive con un comportamiento compulsivo. Lo más contingente siempre es el objeto, ya que éste puede variar de manera indefinida.
- Sustancias legales e ilegales: uno de los grandes mitos en esta temática es la creencia en la mayor peligrosidad de las sustancias ilegales, lo cual condice con la mirada punitiva-represiva del fenómeno del consumo de drogas. Una tarea importante es la visibilización de las problemáticas asociadas a las sustancias que están más legitimadas como el alcohol, cuyo consumo tiene efectos negativos graves a nivel social, como por ejemplo los accidentes de tránsito. Este punto será ampliado más adelante.

Uso, abuso y adicción: categorías en discusión

Las personas entablan distintos tipos de vínculos con las sustancias, conductas o prácticas y no todos necesariamente devienen problemáticos o se desarrollan como adicciones. Es más, la mayoría de los sujetos que consumen sustancias o llevan a cabo determinadas prácticas no establecen una relación adictiva con las mismas. En este sentido, clásicamente se suele diferenciar entre uso, abuso y dependencia o adicción. Veamos qué significa esto.

- El uso: como decíamos, el consumo de una sustancia o ciertas conductas no necesariamente lleva a situaciones adictivas. En rigor, la mayoría de las ocasiones no constituyen una adicción propiamente dicha. Vamos a reuniones de amigos, tomamos una cerveza, compartimos una comida, etcétera. Esto no es problemático. ¿Pero entonces, cuándo estaríamos específicamente frente a un problema? Cuando un uso puede devenir en alteraciones biopsicosociales. Por ejemplo, estamos frente a un problema si una persona va a una fiesta, toma alcohol de más y luego, conduce una moto o un auto; o cuando en una fiesta consume una pastilla sin saber qué está consumiendo y esto lo lleva a la muerte. Como puede notarse, un uso puede ser o no ser problemático. En todos los casos, no estamos en el escenario de una adicción.
- El abuso: es otra manera de entablar vínculos con la sustancia o de llevar a cabo ciertas conductas. El abuso puede producir consecuencias negativas en el sujeto a nivel integral. Hay personas que por problemas de salud tienen prescripto por su médico tomar una dosis de un medicamento para poder relajarse o dormir sin interrupciones del sueño. Estos tratamientos supervisados por un médico especializado

en la materia frente a una situación dada, por ejemplo, estrés, no necesariamente resultan problemáticos. Lo que tenemos aquí es un uso no problemático de una sustancia, un medicamento. Pero si la persona manipula dicha medicación frente a diferentes situaciones para relajarse sin asesoramiento médico o sin respetar las consignas dadas por el profesional ya no estamos frente a un uso sino frente a un abuso de la sustancia. Deviene entonces un problema de abuso de sustancia.

- La adicción: es la dependencia del sujeto a una sustancia o un determinado comportamiento. Esta dependencia hace que el sujeto se pierda en el objeto, pierda la libertad de tomar decisiones y construir un proyecto de vida. Es preciso tener claro que la adicción siempre es problemática.

En la práctica, las cosas no son tan simples. No siempre es fácil discernir si estamos frente a un uso de una sustancia o ante un abuso. Son múltiples las variables en juego. Un consumo ocasional puede devenir en un abuso y ser sumamente problemático. Cada vez más estamos frente a este tipo de situaciones. El bombardeo de la publicidad, la interpelación a los jóvenes como consumidores, en fin, todos los medios volcados al servicio del goce hacen, por ejemplo, que en determinadas situaciones sujetos que jamás habían consumido alcohol abusen de él o consuman drogas de diseño en el boliche.

La complejidad del asunto y el modo en que está instalado y nos interpela hace que sea cada vez más imperioso poner en palabras la cuestión y pensar mecanismos para el abordaje del consumo problemático.

Como quiera que sea, antes de pasar al siguiente punto, nos interesaría plantear una reflexión. Lo interesante de la categoría consumo problemático no se encuentra en un juicio realizado a posteriori, una evaluación formalizada por un tercero ajeno al proceso y llevada a cabo luego de que tuviera lugar el consumo. Más bien, nos interesa plantear la idea de “lo problemático” como reflexión sobre las prácticas, como la capacidad del sujeto de evaluar sus propias acciones y emprender todas las transformaciones que sean necesarias (tanto en lo individual como en lo social) para mejorar sus condiciones de vida y las de los demás. La categoría no es una herramienta para una evaluación y tampoco para el diagnóstico y posterior prescripción de recetas.

El consumo de sustancias legales e ilegales

Cuando hacemos referencia a las sustancias incluimos en la lista tanto las ilegales como las legales. Dentro de estas últimas, además de las bebidas alcohólicas o el tabaco debemos incluir los medicamentos que además de sustancias son drogas. Las drogas son sustancias que, introducidas en el organismo por cualquier vía de administración,

producen una alteración, de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas.

Vivimos en una sociedad que promueve –gracias a una serie de discursos que plasman representaciones– el consumo de medicamentos, bebidas y demás sustancias como un objeto de consumo más. Entre otras cuestiones, se termina (queriendo o sin querer) generando un terreno fértil para la automedicación.

La alusión a la inmediatez, a la posibilidad de aliviar fácil los síntomas, a tapar el malestar, a que todo puede solucionarse con una pastilla constituye un imperativo indiscutido en el contexto que vivimos. Esta cuestión da cuenta de que detrás del medicamento en sí mismo como mercancía y del sujeto que lo compra existe un complejo entramado de relaciones que se dan en un contexto determinado. Es importante, entonces, ponderar la relación del sujeto con la sustancia y las características que asumen las relaciones sociales propias del contexto en que el sujeto se inserta. Retomaremos la cuestión de la medicalización de la vida en el tercer capítulo.

Algunas sustancias pueden producir dependencia según la dosis suministrada. No todas las sustancias a las que denominamos drogas, por producir efectos psicoactivos, están prohibidas o son ilegales. Los medicamentos incluyen drogas y su prescripción o consumo están controlados desde el Estado. Uno puede comprar medicamentos en farmacias con tan solo presentar la receta firmada por un médico. Por otra parte, no todas las sustancias producen dependencia al punto de que su no consumo provoque malestar y su consumo, pérdida del control, transformándose ella en el centro mismo de la existencia del sujeto.

Tanto el alcohol como los cigarrillos contienen sustancias psicoactivas que pueden producir cierto grado de dependencia. Ellas pueden adquirirse en kioscos, almacenes y supermercados. Por suerte, también su consumo está siendo cada vez más regulado por el Estado.

Es erróneo ponderar el consumo problemático de sustancias solo cuando se da a través del consumo de drogas ilegales como por ejemplo la marihuana, la cocaína, la pasta base, la heroína, etcétera. El alcohol es una sustancia legal cuyo consumo puede tornarse problemático o devenir en una adicción tanto como el tabaco, la heroína o el paco. De hecho, es la que más daño está haciendo en nuestra sociedad.

Por clasificación social de las drogas se entiende aquella que la sociedad en un determinado tiempo y lugar establece como tal. Esta clasificación además de social es histórica.

La clasificación social divide a las drogas en:

LEGALES	ILEGALES
<p>Son las socialmente aceptadas, de producción y distribución dentro del circuito legal. Ejemplos de ellas son: el café, el mate, el tabaco, el alcohol. Algunas de ellas como el alcohol y el tabaco, poseen ciertas restricciones, como la prohibición de su comercialización a menores de 18 años. Dentro de las drogas legales también se encuentran los medicamentos, pero dado que algunos de ellos tienen requisitos para ser adquiridos, se los diferencia como sustancias legales reguladas o bien intermedias (puesto que requieren de la intermediación de una receta debidamente extendida por un profesional habilitado).</p>	<p>Son las socialmente prohibidas. La producción y distribución de estas sustancias se realizan a través de un circuito ilegal y clandestino. En nuestra cultura, por ejemplo, son drogas ilegales la marihuana, el paco, el éxtasis, la cocaína, el LSD, entre otras.</p>

Tal como mencionamos antes, nos alejamos de la mirada tradicional respecto del consumo problemático, en tanto entendemos que el problema no radica ni en el sujeto ni en la sustancia (en la “droga” en sí misma) o sólo en el contexto, sino en el vínculo que el sujeto establece con ella en determinado contexto social (como veremos en el apartado siguiente). Esta mirada social sobre la problemática implica entenderla y abordarla como un tema de salud colectiva, lo que promueve un abordaje comunitario en el que cada integrante de nuestra sociedad, el Estado, las distintas instituciones y actores podemos aportar.

Capítulo 2

Estrategias de prevención y promoción de la salud

1

DISTINTOS POSICIONAMIENTOS COMO PUNTO DE PARTIDA

Existen distintas perspectivas o miradas desde las que se piensa cómo debería orientarse la prevención del consumo problemático. Esas miradas actúan como marcos conceptuales muy amplios y previos a las prácticas y propuestas. Además, se nutren de representaciones y preconceptos. Ellas conviven y circulan en diferentes espacios tiñendo opiniones y propuestas en la materia. Una de estas perspectivas asigna un rol sobresaliente a la sustancia. Ellas son consideradas como objetos que tienen la capacidad de captar a los sujetos. Es como si algo poderoso en ellas dominara a la persona. Otras miradas hacen foco en el sujeto. Lo piensan como un ser vulnerable o enfermo que ha caído en manos de la sustancia o un comportamiento equis. Pero también existen otras formas de pensar que hacen hincapié en el contexto. Desde estas perspectivas es sólo el contexto el que debe tenerse en cuenta, es el espacio en que los sujetos se mueven aquél que promueve los consumos. Algo en el espacio social determina a los sujetos para ser consumidores problemáticos de sustancias.

Como afirmábamos, estas perspectivas conviven en permanente tensión en el imaginario social, penetrando en las representaciones, los discursos y las prácticas sociales. A su vez, dan lugar a diferentes formas de pensar las prácticas de prevención. Veamos:

El problema es la sustancia

Desde esta perspectiva se piensa que el problema está en la sustancia o las sustancias, hay algo en ella que determina lo que ocurre con el sujeto. La sustancia es concebida como un problema en sí mismo, como el factor principal que lleva a la dependencia y no como un emergente de otros problemas. Se propone entonces una estrategia de prevención que hace eje en el acceso a la sustancia y en trabar su consumo evitando

el acceso. Es una mirada asociada a un régimen prohibicionista.

Prevenir es:

- Hablar de las características generales o propiedades de los componentes químicos de las sustancias
- Dar preeminencia a los aspectos biológicos y/o farmacológicos, reduciendo el problema a los efectos que estas sustancias producen en el organismo.
- Presentar los elementos químicos de las drogas y sus acciones e impactos en el cuerpo.
- Mostrar los efectos del consumo y las consecuencias a nivel del deterioro orgánico.

Esta idea de prevención está asociada al sanitarismo e higienismo, y tiene como referentes a los especialistas en sustancias.

El problema es la persona

Este otro punto de vista no se focaliza en la sustancia, no se pregunta sobre ella, sobre conductas o prácticas, sino que se detiene en el análisis de la persona que consume. Es el sujeto quien tiene un problema y debe ser ayudado. Por tal motivo, desde esta perspectiva es vital elaborar mecanismos de trabajo individual con el sujeto visto como paciente, por ejemplo, fortaleciendo su autoestima para que pueda distinguir entre lo que le conviene y lo que no, lo bueno o lo malo.

Es frecuente escuchar desde el sentido común sostener que el problema y su solución se hallan focalizados a nivel voluntad individual. El voluntarismo no se centra en el sujeto consumidor sino también en el agente preventor que es visto como un salvador, un cruzado contra el flagelo de las drogas.

En rigor, es esta una visión centrada en el individuo que piensa que quien consume debe ser auxiliado, salvado. Esto propicia figuras y estereotipos tales como: salvador-salvado, sano-enfermo, fuerte-débil.

Prevenir es:

- Concientizar al individuo para que pueda decir que “no” a tiempo.
- Fortalecer la voluntad y el esfuerzo de la persona.

- Inculcar hábitos “saludables” a las personas.

Desde esta perspectiva se ve al sujeto como un ser individual no social y no inserto en un contexto. En el imaginario social se criminaliza a las personas adictas. Se tiende a asociar la respuesta frente a las adicciones con la prevención del delito. Es necesario aislar al sujeto que tiene problemas con el consumo para trabajar con su adicción en centros de recuperación.

Así, esta perspectiva asocia a las personas que consumen con personas que ponen en riesgo la seguridad ciudadana, avalando y sosteniendo un abordaje punitivo del fenómeno, que es considerado como un problema de orden público. También desde esta perspectiva se defiende un régimen prohibicionista. Estas representaciones sociales refuerzan estereotipos e impactan negativamente en la vida de las personas que están atravesando situaciones de vulneración, afectándolas aún más en sus lazos sociales.

Es importante tener en cuenta que ni la prevención centrada en las sustancias ni la focalizada exclusivamente en la persona han logrado evitar que las personas consuman ni han obtenido avances significativos en la reducción de la demanda. Resulta fundamental entender que en rigor no se producen cambios por el hecho de que seamos advertidos acerca de las consecuencias del consumo.

Desde nuestra perspectiva hay un punto central que debemos fijar de aquí en más a la hora de pensar estrategias y prácticas de prevención. Está dado por el hecho de que son muchos los factores que influyen en el consumo y en el modo de consumir. Creemos que es mucho más interesante y eficaz pensar nuestra problemática desde una perspectiva multidimensional e interdisciplinaria.

El problema es el contexto

Pero no nos adelantemos. Nos queda aún una tercera postura acerca de la que nos gustaría reflexionar. Ésta propone que el problema se halla en el contexto. Desde esta perspectiva, los investigadores o legos ya no piensan en la sustancia ni se centran en el sujeto que consume. Puesto que muchas sustancias existen y han sido utilizadas por las personas a lo largo de miles de años adquiriendo significados diferentes según al período histórico-social se infiere que debe ser el medio social donde se produce el consumo el que determina el modo y el porqué de dicha práctica. Se propone entonces estudiar el consumo problemático de sustancias contextualizando, teniendo en cuenta el momento histórico y analizando las condiciones sociales en que se produce. Entre otros aspectos, toma en cuenta las características de la estructura social, las condiciones socioeconómicas y ambientales. Aparece el consumo de drogas como síntoma, pero ya no en términos individuales o psicopatológicos, sino sociales, como manifestación de las

disfunciones del sistema.

Pensamos que, si bien esta perspectiva desplaza el eje de la sustancia y/o de la persona, suele recaer en una suerte de determinismo social. Siguiendo esta línea de pensamiento, bastaría con cambiar el ambiente en el que viven las personas para lograr que modifiquen sus hábitos de consumo. Se simplifican las acciones preventivas considerando al ambiente como la única dimensión a tener en cuenta para el cambio. El consumo problemático es un tema, en general, asociado a las características de las poblaciones. Y determinados sectores sociales son vistos como poblaciones de riesgo. La historia nos muestra así, cómo, en menos de un siglo, el consumo de drogas pasó a presentarse como una muestra de “debilidad moral” de grupos considerados amenazantes (chinos, negros, latinos, irlandeses, italianos).

Aquí no negamos el rol del contexto en cuanto a su condicionamiento de ciertas situaciones en las que los sujetos están insertos. Pero queremos rescatar la capacidad del sujeto para poner en cuestión dichas situaciones y transformar la realidad.

2

MODELOS DE ABORDAJE

Las distintas perspectivas que hemos desarrollado en el punto anterior dan sostén a diferentes formas o modelos de abordaje. En rigor, fue Helen Nowlis, en “La verdad sobre la droga”, una ponencia presentada ante la UNESCO, quien planteó la existencia de estos cuatro modelos de prevención sobre la base de la combinación de las tres dimensiones involucradas: sujetos, contextos y sustancias. Veamos cuáles son.

Ético-jurídico

Este modelo establece una clasificación tajante de las sustancias en lícitas e ilícitas, más allá de su composición farmacológica. Se centra el eje de explicación de las adicciones en las sustancias psicoactivas ilícitas sobre las que recaerá el nombre de drogas. Las sustancias serán catalogadas en inocuas o peligrosas. Inocuas serán aquellas que social o legalmente no están proscriptas y peligrosas serán las ilícitas. El agente causal de la adicción es la droga. La droga es el agente activo y el sujeto sería el elemento pasivo en la díada sujeto-objeto. El sujeto es conceptualizado como víctima y como delincuente/desviado. El acto del consumo de sustancias ilícitas será un delito y el sujeto será un transgresor merecedor de castigo penal. Cualquier uso de sustancias es considerado una adicción, no distinguiendo distintos modos de vinculación de los sujetos con las sustancias.

Esta concepción responde a consideraciones morales y jurídicas, y propicia la construcción de un estereotipo del consumidor como drogadicto, desviado, peligroso, delincuente. La idea de las drogas como flagelo entendido como amenaza social frente a la cual la sociedad debe defenderse se constituye uno de los efectos de este modelo.

Este modelo se sitúa en la lógica punitiva a través de dos vertientes:

a) la reducción de la oferta destinada al narcotráfico mediante la prohibición de la oferta, cultivo, elaboración, fabricación, distribución y venta de las sustancias ilícitas

b) la reducción de la demanda penalizando al consumidor. La posesión – individual o en común- de la sustancia e incluso, en ciertas circunstancias, la posesión de material o instrumentos para su uso.

Los dispositivos de prevención están centrados en campañas disuasorias con información de los efectos nocivos y peligrosos de las sustancias ilícitas y las sanciones y penas asociadas y en programas educativos de prevención basados en dichos supuestos y que consisten a menudo en la difusión de información donde la apelación se centra en la voluntad de decir que no.

Médico-sanitario

Este modelo que surge a finales de la década del 50 toma a las adicciones como una enfermedad, ubicando las sustancias psicoactivas como agentes causales de adicción, concebidas a la manera de un virus que infecta el organismo y que es indispensable extirpar. De este modo, la operatoria técnica consistiría en la desintoxicación o extracción de la droga, des responsabilizando a los sujetos de sus actos. Desde este enfoque, las drogas constituyen el agente activo externo a la manera de un agente patógeno. El sujeto es un actor pasivo concebido como vulnerable, situado en el lugar del huésped infectado. El contexto está conformado por el ambiente inmediato donde el agente patógeno está al acecho.

Este modelo responde a la lógica del modelo de las enfermedades infecciosas. El consumo de drogas sería causa de la dependencia, no se realiza ninguna distinción entre un consumo ordinario de sustancias de consumo problemático.

La dimensión subjetiva queda excluida de estas consideraciones, el sujeto cumple un papel pasivo y no se explora la relación singular que mantiene con las sustancias. El agente (la sustancia) es, por definición, activo y, en este modelo, la droga, como agente, asume el papel principal. En este modelo la estrategia se dirige a la reducción de la demanda mediante la prevención específica, evitando el consumo de sustancias

tanto lícitas como ilícitas y privilegiando la abstinencia como condición. Los dispositivos de prevención consisten en campañas acerca de los efectos nocivos de las sustancias y en programas educativos de prevención a través de charlas de expertos (por lo general facultativos médicos) que proporcionen información acerca de los efectos nocivos de las sustancias y el daño personal y social que provoca el hecho de depender. En este modelo se incluye el alcohol, la nicotina y la cafeína como sustancias que producen dependencia. Los estereotipos se vinculan a la demonización/fetichización de las sustancias (otorgarles poderes mágicos) mediante la teoría del contagio. Las consecuencias de la aplicación de este modelo llevan a la estigmatización de los consumidores y a su alejamiento del sistema sanitario.

Psico-social

Este enfoque surge en la década del 80. En este modelo se asigna más importancia al sujeto como agente activo en la formulación del trío sustancia-sujeto-contexto. El eje se centra en el sujeto y en sus relaciones con las sustancias. El sujeto es considerado como en el caso anterior un enfermo, pero aquí su enfermedad es mental. La adicción sería un efecto no ya de una sustancia, sino de un trastorno psíquico.

Este modelo otorga importancia al significado y la función del uso de drogas por parte del individuo y al uso de estas como modo de comportamiento. La adicción se presenta como consecuencia de trastornos de la conducta, como forma de satisfacer alguna necesidad del individuo o de resolver un conflicto. No distingue entre tipos de drogas, puesto que lo importante es la relación que el individuo establece con la sustancia.

El modelo psicosocial tiende a hacer una distinción entre las cantidades, frecuencias y modalidades de uso de drogas, distingue entre uso, abuso y dependencia. Se habla de adicción cuando hay abuso y/o dependencia.

Este enfoque otorga un lugar importante al contexto entendido como entorno inmediato (grupo familiar, grupos de amigos, allegados). El contexto puede actuar para bien o para mal. Si ese ámbito es visto como generador de tensiones y presiones sobre el consumidor entonces se procura aislarlo. Por lo tanto, para la cura se sostiene la necesidad de crear más centros de asistencia y tratamiento excluyendo al sujeto del contexto que lo enferma.

La estrategia de prevención es inespecífica, promoviendo conductas de autocuidado de la salud y comportamientos que lleven a un mejoramiento de las relaciones interpersonales, mediante programas alternativos de actividades para la salud integral y el desarrollo humano y personal. Además, centra acciones de prevención en las relaciones del sujeto con

el entorno inmediato. Así, considera a la familia o al grupo de pares como agentes que de alguna manera pueden influir en el desarrollo y en la prevención de las adicciones. Los dispositivos de prevención se implementan a través de programas educativos, que estimulan el desarrollo de habilidades para enfrentar el consumo de sustancias, también desarrollan programas de prevención dirigidos a familiares y allegados, pues dan importancia a la contención de estos actores.

Sociocultural

En este modelo –dentro de la tríada sujeto, contexto y sustancia- se asigna una importancia destacada al contexto histórico social y cultural y las relaciones que se dan con la sustancia y los sujetos en la conceptualización del fenómeno del consumo de drogas. El lugar y función que ocupan las sustancias en los colectivos sociales variará según los macro y micro contextos históricos y culturales. En este enfoque se distinguen diferentes umbrales en el consumo de sustancias, se admite como principio la existencia de usos heterogéneos de productos múltiples. La diferencia con otros modelos es que, en este modelo, el consumo de sustancias varía necesariamente según culturas y subculturas.

Aquí, si analizamos la tríada sujetos, contextos y sustancias, la dimensión subjetiva es leída como un reflejo de los problemas sociales, los conflictos psicológicos se ubican como emergentes de condiciones socioeconómicas y ambientales: pobreza, una vivienda inadecuada, vulnerabilidad social. El modelo sociocultural sitúa el consumo de sustancias psicoactivas como un síntoma social contemporáneo.

Este enfoque emerge a fines de los 80 en algunos países europeos. Su estrategia apunta a cuestionar las condiciones de producción social de los consumos problemáticos y las acciones se mediatizan a través de dispositivos de intervención social de desmitificación de los prejuicios sobre las drogas y los usuarios.

Nuestra mirada: una perspectiva relacional y multidimensional

Desde nuestro punto de vista necesitamos cambiar el tipo de enfoque dejando de centrarnos en cada uno de los constituyentes de la problemática para pasar a una perspectiva relacional. Queremos hacer hincapié en las complejas relaciones que se dan entre la sustancia, el sujeto y el contexto. Este cruce invita a un abordaje interdisciplinar, integral, colectivo con la apertura al sentido que solo puede construirse en el cruce de estos campos y en las relaciones que emergen.

Esta perspectiva se nutre del paradigma de la complejidad, donde las acciones de prevención tienen en cuenta la mayor cantidad de aspectos que supone una determinada situación: el sujeto, su entorno y su historia,

los vínculos, las redes con las que cuenta, el contexto en el cual está inserto, entre otros factores. Estos aspectos no pueden considerarse aisladamente, sino que precisan analizarse desde su interacción. Pensamos que el consumo problemático es un proceso multidimensional en el que interjuegan la sustancia, los procesos individuales del sujeto y la organización social en la que se produce el vínculo de los dos elementos anteriores, incluyendo las dimensiones política y cultural. Se analizan los condicionantes que pueden incidir en el consumo, pero enfatizando que se deben tomar como probabilidades y no como determinaciones. Por lo tanto, el modelo preventivo apunta a la interrelación dinámica entre las características individuales, las del entorno cercano (familia, grupo de pares, etcétera) y las del entorno macrosocial.

La estrategia de prevención consiste en fortalecer las redes sociales. Desde esta perspectiva consideramos fundamental pensar la prevención y las prácticas preventivas como parte de la construcción de un proyecto individual inserto en uno colectivo. Un proyecto a través del cual las personas puedan expresar sus anhelos, sueños y expectativas de crecimiento, progreso y transformación, en el que puedan imaginarse a sí mismos a mediano y a largo plazo, dado que eso constituye un factor de protección importante e implica además un mejoramiento de la autoestima y la confianza. Además, convoca a recuperar espacios, participar y construir lugares de encuentro, vínculos y redes comunitarias para reconocerse en el otro, verse en él y entenderlo como una parte fundamental del Nosotros.

Todo lo antes dicho da pie a hablar de abordaje integral del consumo problemático.

3 DIFERENTES PERSPECTIVAS SOBRE LA PREVENCIÓN

Enfoques preventivos clásicos

La noción de prevención en sentido lato refiere a la idea de anticiparse a la presentación de las causas de un problema. En este manual, venimos diferenciándonos de esta mirada, porque proponemos una idea de prevención que tenga una lógica de promoción de la salud integral, a partir de estrategias de desarrollo de la vida.

La idea de anticipación, antes que sustentarse en la vida con calidad que extiende sus límites, toma como punto de apoyo la idea de enfermedad.



En efecto, si la enfermedad y la salud son dos estados contrapuestos de la biología de nuestro organismo, la prevención puede ser entonces la evitación de la enfermedad.

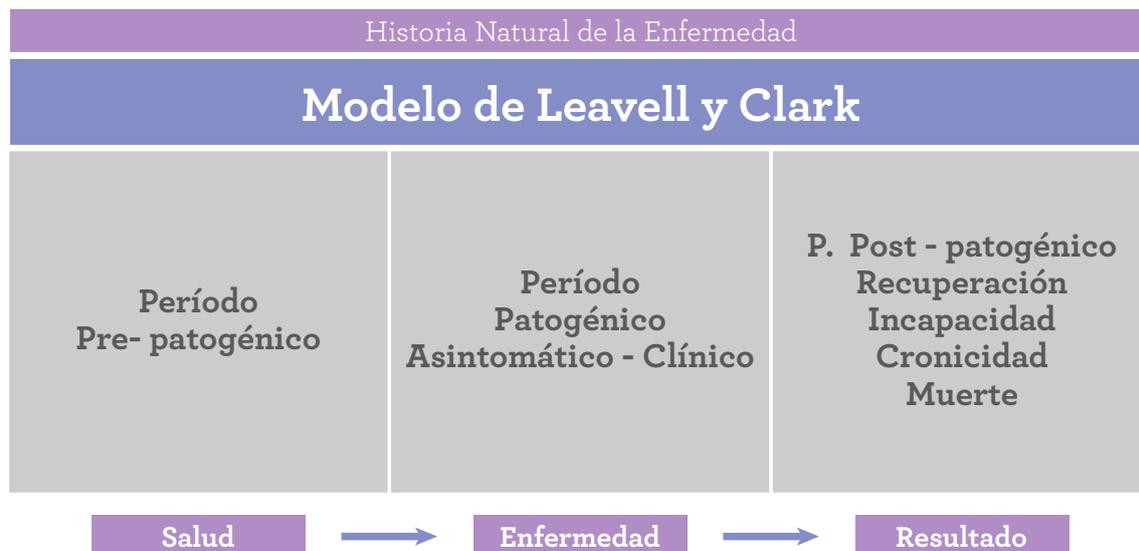
Antes bien, si pensamos que la salud y la enfermedad son procesos sociales complejos y simultáneos, donde siempre estamos “sanos” y “enfermos” a la vez por algún motivo, entonces la idea de anticipación pierde fuerza. Recuperaremos la idea de que salud y enfermedad entablan relaciones dialécticas, siendo que una no excluye a la otra, en el próximo capítulo.

En este apartado, entonces, queremos compartir algunas nociones y herramientas que son consideradas clásicas en los enfoques preventivos, para repensar el propio concepto de prevención.

Prevención como anticipación

Leavell y Clark, en su Historia Natural de la Enfermedad, explican el paso entre el estado de salud y el de enfermedad, a partir de la descripción de períodos, a saber:

- Período Prepatogénico: estado de salud.
- Período Patogénico: enfermedad propiamente dicha, con presencia o no de síntomas.



- Período Pospatogénico: el resultado del curso de la enfermedad con o sin intervención, el cual puede ser la recuperación (salud), incapacidad, cronicidad o muerte.

Como podemos notar, la salud es definida como “ausencia de enfermedad”, es decir, por la negativa, quedando lo deficitario como eje central de la experiencia del sujeto.

De este razonamiento surge el modelo clásico de niveles de prevención:

- Prevención Primaria para el período prepatogénico: involucra acciones de promoción de la salud y protección específica e inespecífica, siempre

en sentido de anticiparse a la enfermedad. Un ejemplo de este tipo de prevención podría ser el dictar charlas en escuelas primarias para advertir sobre los riesgos de consumir drogas.

- Prevención Secundaria para el período patogénico: implica el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno de la enfermedad, para disminuir el daño y la progresión. Es el momento clínico.
- Prevención Terciaria: de acuerdo al resultado, implica la rehabilitación para retornar lo más acabadamente posible al estado de salud.

Niveles de Prevención				
Modelo de Leavell y Clark				
1° Nivel	2° Nivel	3° Nivel	4° Nivel	5° Nivel
Promoción de la Salud	Protección Inespecífica y Específica	Diagnóstico Precoz y Tratamiento oportuno	Limitación del Daño	Rehabilitación
Prevención Primaria		Prevención Secundaria		P. Terciaria

Grado de especificidad

Otro enfoque clásico prefiere dividir a las acciones de prevención en dos tipos:

- Prevención Específica: conformada por un conjunto de estrategias que se enfocan a las causas del problema, abordando de manera concreta y explícita la temática del consumo de drogas.
- Prevención Inespecífica: se centra en actividades no relacionadas con el consumo de drogas, como por ejemplo ocupar el tiempo libre, estilos de vida saludables, fomentar actividades deportivas, culturales, artísticas, que favorezcan el desarrollo de la autonomía personal y la toma de decisiones responsables, el fomento de la participación comunitaria, la construcción de un proyecto personal articulado en lo grupal y social.

Población abarcada

Otra forma de ordenar las intervenciones es a partir de la población-objetivo de las mismas. En este sentido, podemos definir las siguientes intervenciones:

- Universales: dirigidas a toda la población.
- Selectiva: dirigidas a grupos seleccionados de acuerdo a su nivel de

vulnerabilidad.

- Indicada: dirigidas a grupos en situación de riesgo o de consumo problemático de sustancias.

Entre las primeras y las segundas, podemos mencionar las siguientes acciones: movilizar, sensibilizar, concientizar e informar para instalar socialmente el tema, promover conductas de cooperación, brindar capacitación a técnicos, promocionar alternativas saludables, entre otras.

Entre las segundas y las terceras, podemos citar:

- Trabajo de calle: son acciones de intercambio con los consumidores basadas en la escucha y el refuerzo de la red subjetiva para generar vínculos que permitan detectar situaciones problemáticas.
- Vinculación de los usuarios con sustancias psicoactivas, de sus familiares y/o amigos con servicios sanitarios adecuados.
- Conformación de redes, estrategia que será descripta más adelante en este manual.

Prevención integral

Si bien los enfoques clásicos antes descriptos, que ordenan y tipifican las intervenciones, son de mucha utilidad para pensar las diferentes variables de los cursos de acción -como la población a que se intenta llegar o el grado de compromiso con la problemática que un grupo específico presenta- cabe señalar que están estructurados desde una lógica simplista donde la salud y la enfermedad son ámbitos contrapuestos.

Desde una perspectiva compleja, social, histórica y multicausal la propuesta de intervención preventiva está vinculada más hacia la promoción de proyectos de vida, lo cual implica pensar en la construcción de una dinámica que incluya mecanismos para la tramitación de padecimientos, considerándose estos como parte “normal” de la existencia.

Esta forma de enfocar la cuestión habilita un abordaje comunitario en el que el conjunto de la comunidad puede aportar estrategias y conformar redes para dar respuestas. Prevenir, entonces, se trata de un construir juntos a partir de las experiencias y los saberes compartidos, y no de entender a la prevención como mera previsión.

Características de la prevención integral

- Está centrada en las personas, más allá de las sustancias
- Promueve una decisión política por el compromiso con la vida de los otros
- Se funda en las necesidades de una población y en su capacidad de construir respuestas propias
- Promueve la participación de todos

- Privilegia lo colectivo sobre lo individual

En este sentido, podemos decir que la comunidad no es objeto de prevención, es decir, una entidad sobre la que se interviene, sino que es sujeto de prevención, porque opera activamente en la transformación de su propia realidad.

Pilares de la prevención integral:

- Inclusión, en tanto acceso a derechos y lógica de igualación ciudadana.
- Fortalecimiento de la trama social, en contraposición al individualismo propio de las sociedades posmodernas, construyendo la “familia grande” que es la comunidad.
- Fortalecimiento de los proyectos de vida, que se fundan en la historia de una persona y la comunidad a la que pertenece, saliendo de la inmediatez para pasar a la planificación del futuro con sentido.

4 TRABAJO EN TERRITORIO

Comunidad y territorio

Si, como dijimos, el modelo de prevención integral apunta a fortalecer la trama social, uno de sus objetivos fundamentales será promover la construcción o restitución de vínculos entre sujetos.

El trabajo en territorio es una herramienta fundamental para tal fin ya que, a diferencia de otras modalidades de acompañamiento y transformación que hacen foco en el individuo aislado, tiene la potencialidad de concretar estrategias de intervención y transformación colectivas –es decir, con otros– en el marco de una comunidad. En este apartado, entonces, se abordarán los conceptos de territorio y comunidad a partir de la problematización y la reflexión en torno a los modos en que las personas nos relacionamos y convivimos.

La comunidad

Desde fines del siglo XIX y durante todo el siglo XX y XXI, el concepto de comunidad fue objeto de múltiples teorizaciones por parte de sociólogos y otros representantes de las ciencias sociales. Sin embargo, si bien siempre estuvo presente en el desarrollo de las teorías, es a partir de la segunda mitad del siglo XX que este concepto comienza a adquirir protagonismo en los modos en que se articulan las teorías en relación a la pregunta “¿cómo ser/estar juntos?”. Hasta entonces, la sociología parecía detenerse

a reflexionar ante todo en el concepto de Sociedad para dar diversas respuestas a dicho interrogante. En líneas generales, pensar en términos de sociedad implica asumir una mirada totalizante de las relaciones sociales que se dan, por ejemplo, en un territorio. Esta mirada se desarrolló de la mano de la consolidación y auge del estado-nación en tanto institución capaz de moldear, organizar y contener de manera sólida y firme aquello que quedaba bajo su tutela. En la segunda mitad del siglo XX, sin embargo, se inicia lo que Pablo de Marinis denomina un proceso de “desconversión” o “destotalización” de la Sociedad, es decir, una corrosión de sus fundamentos materiales, normativo-institucionales, simbólicos. Los modos de sociabilidad que eran más o menos homogéneos, estables, sólidos, donde los discursos

vinculados a la moral tenían una preeminencia en la conformación y sostenimiento de la sociedad,

comienzan a cuestionarse, a diversificarse, a singularizarse. En ese sentido, comienza

a circular con mayor frecuencia e inquietud teórica el concepto de Comunidad, como modo de dar

cuenta de esta diversificación de los modos de vincularse y de responder

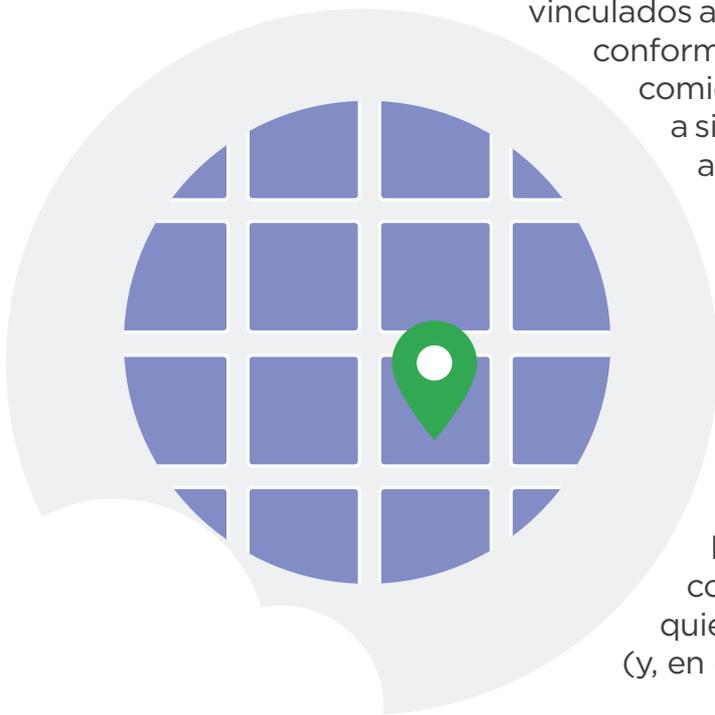
dos preguntas clásicas que desde los orígenes la sociología buscaba responder, vinculadas a

la conformación de un “nosotros”: ¿cómo estar juntos, cuáles son

las reglas o normas de nuestra convivencia? ¿Quiénes estamos juntos,

quiénes forman parte de ese “nosotros”

(y, en consecuencia, quiénes no)?



Estos procesos de atomización de la realidad propios de la posmodernidad produjeron que no sólo la sociología y otras disciplinas sociales den protagonismo a la Comunidad como objeto de sus reflexiones sino también el desarrollo de abordajes y perspectivas comunitarias por parte de las instituciones públicas.

Pero... ¿a qué llamamos Comunidad? No hay, afortunadamente, una respuesta única para esta pregunta. Las comunidades pueden nuclearse alrededor de un barrio, una región, una nación, una institución; alrededor de creencias religiosas, de estilos de vida, etc. Los posicionamientos teóricos al respecto son muy diversos y asumen diferentes enfoques, sin embargo las formas de organización comunitaria comparten algunas características:

- Singularidad: los sujetos que forman parte de una comunidad comparten (adhieran o no a ellas) ciertas normas o “pautas de convivencia”, vinculadas a la historia del colectivo. Cada comunidad tiene su idiosincrasia, sus modos de vivir, de relacionarse, sus problemáticas, sus interrogantes y respuestas,

y en muchos casos estas singularidades difieren de manera radical de las de otras comunidades.

- **Heterogeneidad:** hacia el interior mismo de cada comunidad existe una gran variedad de formas de vivir, de sistemas de creencias, de perspectivas desde las cuales se construyen los problemas y las respuestas, de relatos en torno de su historia y expectativas en relación al porvenir. La manera en que se manifiesta la tensión entre las distintas perspectivas que circulan en una comunidad evidencia en muchos casos cómo se da la distribución del poder en las relaciones sociales que la constituyen.
- **Pertenencia:** la tensión entre las particularidades de una comunidad y la heterogeneidad hacia el interior de la misma no anula el fenómeno de sensación de pertenencia presente en toda comunidad. Sobre esta tensión se articulan las pugnas por los sentidos y modos de convivencia en una comunidad, y es allí donde quienes forman parte de ella toman posicionamientos y se comprometen (más o menos directamente) con la construcción y deconstrucción de ciertas pautas de vida.
- **Cotidianidad:** las relaciones comunitarias suelen articularse a partir de interacciones cotidianas entre los distintos actores que la constituyen. A diferencia de la organización en Sociedad, la comunidad habilita de manera más “inmediata” la circulación de saberes, afectos, preguntas, respuestas, etc. Sin embargo, respecto de este punto es necesario destacar que no toda organización comunitaria lo manifiesta. Cada comunidad es singular y, en ese sentido, es singular la naturaleza del lazo social que se articula entre quienes la construyen día a día. No es igual el vínculo que se establece entre los miembros de una comunidad educativa que el que se establece entre los miembros de organizaciones barriales, o entre personas que se juntan alrededor de una lucha común.

Si bien se puede seguir haciendo un relevamiento de las características generales de la organización comunitaria, promover una “intervención” que tenga como objetivo transformar algo de la realidad implica, ante todo, conocer la comunidad en cuestión. Y conocer, en este sentido, no se trata tanto de “adquirir conocimientos” sino de poder proponer interrogantes que interpelen a la comunidad y de direccionar nuestras prácticas en función de ellos; poder construir preguntas adecuadas a las problemáticas de acuerdo a la especificidad de cada territorio. Pero... ¿A qué llamamos “Territorio”?

El territorio

No podemos entender la sociedad ni una comunidad específica sin el territorio. En Geografía, el concepto Territorio se piensa en relación al Espacio que, como afirma Cristófol Trepát, “no es una realidad absoluta,

real y objetiva; es una representación” y, en tanto tal, es producto de una construcción social.

Territorio, desde la perspectiva de las ciencias sociales, no refiere únicamente a un espacio geográfico habitado sobre el que se ejerce cierta soberanía, sino que es ante todo el escenario constituido por y a la vez constituyente de relaciones sociales. En este sentido, decimos que “el mapa no es el territorio”. Muchas veces el territorio desconoce las fronteras políticas o administrativas, y en un mismo espacio delimitado pueden convivir muchos territorios con distintos intereses, valores, percepciones, etc.

Gustavo Montañez afirma que el territorio es un concepto relacional que lleva intrínsecos vínculos de poder, pertenencia y apropiación respecto de un espacio geográfico y un sujeto, individual o colectivo. Para comprender un territorio, debemos hacer una lectura del modo en que las relaciones sociales (siempre desiguales) se traducen en la construcción social de ese espacio, que articula tanto las dimensiones políticas como las afectivas y de identidad de una comunidad.

Podemos destacar tres características básicas del territorio:

1. Heterogeneidad: tanto de los aspectos físicos como de los socioculturales, que se encuentran relacionados entre sí. El territorio es un espacio que se caracteriza por la alta complejidad de las relaciones entre los elementos y sujetos que lo constituyen.

2. Dinamismo: se encuentra en constante transformación debido a la permanente interacción entre sus actores. El territorio, por un lado, es transformado por las comunidades que lo habitan y, a la vez, estas comunidades son transformadas por las modificaciones que suceden en el espacio.

3. Multi-temporalidad: el territorio está atravesado por las historias que la comunidad construye (el pasado), por los modos en que se articulan las relaciones sociales en el presente y por las expectativas que sobre él recaen en relación al porvenir, al futuro.

El trabajo en territorio es un ejercicio complejo que requiere de mucho compromiso por parte de los actores involucrados: presencia, interacción y, sobre todo, escucha de las necesidades de la comunidad por sobre el diagnóstico de necesidades que llevamos a priori. Revisar las propias prácticas debe ser parte de ese compromiso que asumimos con una comunidad cuando realizamos cualquier propuesta que aborde un problema. Es importante que algunas de estas preguntas estén presentes en nuestro quehacer cotidiano al trabajar en territorio: ¿se apropia la comunidad de esta propuesta de intervención? ¿La interpela? ¿Estamos

promoviendo que la comunidad sea sujeto de sus transformaciones o en es mero objeto de nuestras prácticas? ¿Estamos leyendo los emergentes territoriales para re-direccionar nuestras prácticas?

Para acompañar procesos de transformación de un territorio es necesaria la presencia: estar ahí. Estar ahí no significa solamente poner el cuerpo sino ante todo un ejercicio activo en relación al estar: escuchar, mirar, interactuar, participar, vincularse de manera horizontal con los otros. Es, fundamentalmente, un trabajo colectivo, donde el vínculo con los otros actores de la comunidad potencia y vuelve más adecuadas y efectivas las estrategias de intervención. De allí la importancia del trabajo en red, que se desarrollará a continuación.

Uno de los objetivos actuales de las ciencias sociales en relación a los conceptos de territorio y comunidad es repensarlas a la luz de los desarrollos tecnológicos, sobre todo en materia de comunicación, producto de la globalización. Lo virtual nos pone frente al desafío de comprender los “lugares sin lugares”, la fragmentación y discontinuidad espacial y temporal, tanto de los territorios como de las comunidades, y de repensar entonces nuestras estrategias de intervención en diálogo con estas nuevas formas de construcción de comunidad y territorialidad.

Redes

Consideraciones generales del trabajo en red

La posmodernidad y la emergencia del hombre técnico fruto de la tecnología, fomenta una crisis de identidad misma del sujeto, generando un estallido de las instituciones tradicionales, acarreado la disolución de costumbres y fracturas sociales. A partir de esto se hace necesario algo que combata la desprotección institucional que es una de las características del nuevo proceso social actual.

La complejidad de las realidades actuales ha desafiado al pensamiento centrado en la causalidad lineal en donde un fenómeno es explicado por una vía excluyente y exclusiva, dando lugar a una nueva forma de percibir y comprender la realidad. Desde esta nueva perspectiva, el pensamiento es el producto de esta forma singular de relación entre las personas y su mundo, dando como resultado una nueva mirada sobre las organizaciones sociales que permite pensarlas como redes sociales.

Las redes sociales son un sistema abierto, multicéntrico que, a través de un intercambio dinámico entre sus integrantes y los de otros grupos sociales, posibilita la potenciación de los recursos que posee y la creación de alternativas novedosas para la resolución de problemas o la satisfacción de necesidades de forma solidaria y auto gestora. Los diversos aprendizajes que una persona realiza se potencian y optimizan cuando son socialmente compartidos en procura de solucionar un problema común.

La multicentralidad de la red modifica el paradigma pirámide, en el cual todo debía converger a partir de un centro único. Pensar en una organización en red remite a la noción heterárquicas en donde el conocimiento es el producto de la forma singular de la relación entre las personas y su mundo, lo cual hace necesario remarcar que red apela permanentemente a la reciprocidad.

La noción de red social incluye a la red vincular y a la red nocional. La red vincular está constituida por las múltiples relaciones que cada persona establece permitiéndonos crear el mundo con otros y construir significados diversos según el contexto. La red nocional posibilita contar con un soporte que enmarca el accionar de las personas a través de una red de nociones: “esto quiere decir lo mismo para todos”.

En términos de redes siempre se hablará de descubrimiento y reconocimiento del entramado de la red preexistente a nuestra mirada, haciendo que nuestra tarea sea promover y potenciar su funcionamiento incrementando la calidad, eficacia y eficiencia de su gestión. Entendemos entonces que las redes no se construyen, porque preexisten a nuestra llegada al mundo y cualquier intervención que se pueda hacer. Lo primero que se debe hacer no es armar redes sino visualizar cuál es el tramado de vinculaciones que previamente existe a nuestra llegada. Es en el vínculo con el otro donde voy a poder hacer visible las redes invisibles.

Lo que hace a la red es cambiar la direccionalidad de las operaciones, pasando de un “aeropuerto afuera” al de “tierra adentro”. Esta nueva dimensión implica una operatoria social específica y cumple con dos principios fundamentales que tienen que ver con la potenciación de los flujos de contacto locales centrados en problemáticas sociales específicas y el privilegio del saber del “par” que influencia a su vez a otro “par”.

Características principales de las redes

- **Horizontalidad:** alude al vínculo de carácter horizontal entre pares donde todos ganan, pero también donde todos ponen, o el que todos participan y todos lideran, de formas diferentes.
- **Trabajo en equipo:** la intención del trabajo en red es aunar esfuerzos, evitar duplicaciones, alcanzar una mayor capacidad resolutive, ser más eficaces y eficientes en lo que se hace como producto del intercambio y la colaboración. Se apunta a la complementariedad de las partes.
- **Autonomía y relación entre las partes:** la esencia del trabajo en red es la decisión voluntaria de dos o más personas, instituciones o áreas institucionales. Cada parte conserva su capacidad de decidir manteniendo una interacción continua.
- **Pertenencia participativa:** los propios actores involucrados deben tomar conciencia de la existencia de la red. Esto supone un proceso que ya está iniciado, con avances y retrocesos, momentos de entusiasmo por lo nuevo y miedo por lo que se dejó con la respectiva implicación efectiva.

- **Compromiso:** en términos de “protagonismo activo” de cada una de las partes.
- **Objetivos comunes:** se desarrollará una tarea en común en procura de objetivos explícitos compartidos manteniendo la identidad de los participantes. Serán de gran importancia los puntos de encuentro.
- **Comunicación:** necesidad de diálogo permanente e intercambio de ideas.
- **Construcción y gestión colectiva del conocimiento:** el conocimiento y la información se comparten, apuntando a la riqueza de la diversidad.
- **Acción común:** para la generación de la red es necesario que exista una finalidad explícita de interés para las instituciones y las personas que han de conformarla (ideario compartido). El trabajo en red es para “hacer cosas juntos”.
- **Simplicidad y flexibilidad organizativa:** la organización de la red no es un fin en sí misma, sino un medio para conseguir nuestros objetivos comunes, y por eso se cambia o adecua siempre que es preciso.
- **Liderazgo:** es compartido, en red se supone que cada uno de sus integrantes es un centro pero ninguno con circunferencia. Se deberá aprender a vivir en tramas abiertas sin intentar concentrar poder. “La fuerza parcial produce debilidad general”
- **Evaluación y aprendizaje permanente:** es necesario implementar estructuras que permitan una evaluación permanente y la movilización de recursos necesarios para regular y corregir las prácticas allí donde y cuando sea necesario. De esta manera se podrá mejorar y aprender a hacer mejor las cosas, con mayor eficacia, aprovechando mejor los recursos y logrando una mayor satisfacción de quienes participan.

Principios del trabajo en red

Los principios del trabajo en Red proponen conocer y valorar la experiencia del otro, la riqueza implícita de la diversidad sumando conocimiento y recursos. La implementación de acciones conjuntas permite la participación activa de todos los actores, los cuales serán concebidos como seres poseedores de una voz singular, única e irremplazable.

¿Para qué puede servir la red?

- Logra cohesión de la comunidad, de los participantes y apoyo oficial.
- Fomenta el trabajo grupal, la interdisciplinariedad y el intercambio de saberes.
- Permite conocer con mayor profundidad la problemática local (esto permite hacer un análisis más amplio de la problemática), las diversas experiencias y enfoques en el abordaje de la temática.
- Facilita la detección de problemáticas locales.
- Agiliza la circulación de información.
- Optimización de los recursos.
- Fortalece a la comunidad frente a la problemática. Favorece la autogestión comunitaria.
- Posibilita el acceso a los recursos existente por parte de la comunidad.
- Permite mejorar la atención del paciente, evita que deambule por distintos

servicios. Descentraliza la atención y evita el desarraigo.

- Mejora la atención de las urgencias.
- Permite pensar posibles respuestas a pesar de los obstáculos.
- Favorece la articulación de recursos (ej. capacitación y actualización continua acerca de la problemática).
- Disminuye el desgaste (burn out) optando por la distribución de responsabilidades.

Los posibles obstáculos para el buen funcionamiento de la red se basan en la existencia de estructuras organizativas burocráticas o centralizadas, actores institucionales que no comparten el mismo objetivo de proyecto, desconfianza, incomunicación institucional, desinterés por la concreción de los objetivos propuestos e inadecuado uso de la tecnología.

Las prácticas en términos de red conforman un capital simbólico invaluable que posibilita pensar desde otra perspectiva no solo el desarrollo de la sociedad sino la adquisición de un entrenamiento social que servirá para el abordaje de demás situaciones críticas (catástrofes, epidemias o emergencias). Se debe tener en cuenta que los cambios que traen aparejados este tipo de trabajo no suceden de un día para el otro, remiten a un proceso en donde la variable participación es fundamental. Las redes son una construcción en la que la acción transformadora dependerá de la intención de sus integrantes.

En este proceso y en estas relaciones no todo el mundo puede participar de la misma manera, cada persona puede elegir libre y autónomamente el nivel o el grado de implicación en el proceso. Para dar cuenta de esto la “Teoría de los tres círculos” permite la máxima utilización de los posibles recursos humanos existentes gracias al hecho mencionado anteriormente de la libre elección de implicación y nivel de responsabilidad en el proceso. De esta forma se eliminan los cauces de participación únicos por los referentes a las posibilidades reales de las personas.

Teoría de los tres círculos

- 1. Núcleo**
- 2. Participación puntual o parcial**
- 3. Información**

La teoría de los tres círculos se puede explicar desde la necesidad que presenta cualquier proceso nuevo o iniciativa que se quiera llevar adelante. Se necesita de un núcleo evidentemente restringido que asuma la responsabilidad del mismo con una modalidad de trabajo abierta, dando opción a otros para entrar y permitiendo la renovación parcial de sus miembros, o cerrada, resultando siempre constituido por las mismas personas.

Este núcleo se dirigirá al conjunto de personas sin excluir a nadie de la posibilidad de participar en el proyecto. Las personas podrán o querrán contribuir parcial o puntualmente en el proyecto decidiendo esto con la misma autonomía mencionada el grado de su implicación / participación. Por último, otras no querrán o podrán participar.

Partiendo de los principios de no exclusión e información se hace posible que aquellas personas que inicialmente no habían podido o querido participar, puedan hacerlo en cualquier momento. Este tránsito se aplica a todos los círculos.

Niveles de participación: Teoría de los tres círculos



¿Qué son los recursos?

Los recursos son aquellos elementos que pueden ser utilizados por el hombre para realizar una actividad o como medio para lograr un objetivo. La comunicación y el intercambio entre los integrantes de la red posibilita la potenciación de los recursos que tenemos. Los conocimientos sobre los recursos que se tienen se revalorizan cuando son compartidos. El efecto de red es la creación permanente de respuestas novedosas y creativas, generadoras de nuevos recursos.

Diagnóstico participativo estratégico

En el diagnóstico participativo exploramos la situación de la comunidad y el contexto. Este diagnóstico necesita de la participación activa de los miembros de la comunidad en su elaboración.

En el proceso de construcción de un proyecto de prevención es importante reconocer los saberes y experiencias relacionados con las problemáticas

de consumo y cuestiones asociadas. Si el proyecto está en marcha, es importante reflexionar en equipo sobre lo que se viene haciendo, sobre aquellas estrategias que han dado resultado y sobre las acciones que no han funcionado como esperábamos, intentando encontrar el sentido y las razones de ambos aspectos. Es vital evidenciar la preocupación de la comunidad frente a ciertas situaciones y qué significados existían en dicha preocupación. Desde allí:

- Comprender por qué se ha hecho lo que se ha hecho, por qué ha sido útil o por qué no, qué sería la utilidad para cada actor social involucrado.
- Ver qué trabajos de los que se vienen haciendo pueden fortalecerse y pueden ayudar a potenciar la experiencia.
- Estudiar con qué actores sociales se puede iniciar el proceso de construcción de una red e involucrar a otros actores.

En este sentido, las habilidades para efectuar un diagnóstico participativo de la realidad implican:

1. Formulación adecuada del problema
2. Identificación de causas que lo originan
3. Explicitación de las consecuencias
4. Elección de alternativas de solución
5. Anticipación de consecuencias de la implementación de la solución sobre otros actores sociales.
6. Identificación de actores para establecer alianzas, mecanismos de cooperación o anticipación de escenarios de conflicto.

El diagnóstico es participativo cuando una diversidad de actores interdependientes, decididos a resolver situaciones problemáticas y/o conflictivas comunes, generan un proceso de reflexión crítico sobre la realidad que desean transformar y asumen diferentes grados de involucramiento y compromiso en el curso de las acciones de cambio.

Todo este proceso tiene sentido dentro de una lógica de planificación estratégica. La planificación estratégica tiende al desarrollo integral de la calidad de vida de una población, a partir de la construcción democrática y ciudadana. La planificación estratégica es un proceso sistemático de desarrollo e implementación de planes para alcanzar propósitos u objetivos.

Dentro del proceso de planificación estratégica, el diagnóstico participativo se plasma como diagnóstico estratégico y permite conocer la realidad de forma sistemática: analizar la situación inicial, comprender los escenarios, los límites y las relaciones políticas, ideológicas y económicas, etc. Pero, fundamentalmente, permite pensar en líneas de acción que nos vayan abriendo un camino para revertir las realidades negativas y fortalecer las realidades positivas.

La idea principal que orienta el diagnóstico es que a partir de él podamos consensuar un sentido, un punto de llegada, una situación esperada.

¿Para qué sirve?

- Contribuir mediante la capacitación a la autovaloración y reconocimiento de potencialidades de los miembros de la comunidad.
- Fortalecer la autogestión, la autonomía y procesos participativos democráticos.
- Superar lo espontáneo de las prácticas de trabajo ya que se incorporan lineamientos de planificación y acción conjunta.
- Construir conocimiento con la comunidad y actuar sobre la realidad.
- Obtener información para planificar a corto, mediano y largo plazo
- Lograr la participación de los miembros de la comunidad en la toma de decisiones.
- La comunidad comunique y priorice sus problemas y necesidades.
- Conocer propuestas comunitarias para resolver problemas (de salud, servicios y recursos).

Etapas del diagnóstico

Las tres etapas del trabajo comunitario serán:

• El diagnóstico situacional

Conocimiento aproximado de las diversas problemáticas de una población objetivo, a partir de la identificación e interpretación de los factores y actores que determinan su situación, un análisis de sus perspectivas y una evaluación de la misma.

• El diagnóstico participativo

Espacio de confianza donde los participantes expresen libremente sus opiniones respecto de uno o más temas, sobre la base del estímulo de los facilitadores. Algunas de sus características:

- Requiere un conocimiento previo y acercamiento a la comunidad.
- Se sugiere involucrar a otros organismos del inter sector y adultos mayores con los que se esté trabajando.
- Puede partir por preguntas o hipótesis formuladas por los propios participantes y/o los facilitadores.
- La respuesta se va construyendo a lo largo del proceso.
- Se sugiere el trabajo con informantes claves.

• Formulación del plan de acción

Son el conjunto de actividades concretas, interrelacionadas para el logro de objetivos específicos que se realizan con el fin de resolver problemas. Dichas actividades tienen fundamento en un diagnóstico previo.

- Se basa en los problemas/necesidades/intenciones priorizados por la comunidad.

- Requiere de un compromiso de los participantes en las soluciones propuestas.
- Se generan soluciones que requieren involucrar a más actores: trabajo en red.

5 RESILIENCIA COMUNITARIA

¿Qué es la resiliencia?

Es la capacidad humana para sobreponerse a la adversidad y construir sobre ella.

El término resiliencia se refiere originalmente en ingeniería a la capacidad de un material para adquirir su forma inicial después de someterse a una presión que lo deforme. Al hablar de resiliencia humana se afirma que es la capacidad de un individuo o de una comunidad de vivir bien y desarrollarse positivamente, a pesar de las difíciles condiciones de vida y más aún, de salir fortalecidos y ser transformados por ellas. Posiblemente la resiliencia en cuanto realidad humana sea tan antigua como la propia humanidad, sin embargo, el interés científico en ella es mucho más reciente.

Viene del latín resilos: rebotar. Capacidad de rebotar: cuando las circunstancias arrojan hacia abajo, rebotar y llegar todavía más alto.

El enfoque de resiliencia puede aportar significativamente al cultivo de una esperanza realista, porque sin negar los problemas, centra la atención en las fuerzas y potencial humano que se pueden capitalizar. La esperanza real no es una vía de escape, sino que descubre un potencial positivo real pero escondido a una mirada superficial y pesimista del valor humano. Esto viene al caso de la persona, pero también de las sociedades, de los países y en general del género humano.

Resiliencia no es un “ser” sino un “estar”. La misma persona puede cambiar su capacidad de superar adversidades en distintos momentos de la vida.

La resiliencia es el resultado de una interacción. Es algo que ocurre a partir de la relación de un sujeto con su entorno humano. No puede ser pensada como un atributo con que las personas nacen, o adquieren durante su desarrollo, sino que se trataría de un proceso activo entre éstos y su comunidad.

Construyendo resiliencia con la comunidad

Es la visión colectiva de sobrevivir en circunstancias adversas.

Pilares principales de la resiliencia comunitaria:

Identidad cultural

Es el sentido de valor de la propia tradición. La sensación de pertenecer a un grupo humano con valores culturales sólidos o perdurables, con persistencia del ser social en su unidad y mismidad a través de cambios y circunstancias diversas.

Es un proceso interactivo que se logra a lo largo del desarrollo e implica incorporación de costumbres, valores, giros idiomáticos, danzas, canciones, etc., que se transforman en componentes inherentes del grupo; le permite, por ejemplo, afrontar y elaborar las influencias de culturas invasoras.

En la globalización, la persistencia de sociedades capaces de preservar su identidad cultural, en medio de la innegable interculturalidad, las hace más resilientes.

Autoestima colectiva

Es sentirse orgulloso del lugar donde se vive. La identificación con las bellezas naturales y los monumentos que embellecen dicho lugar; la confianza en las instituciones propias del terruño.

Implica actitud y sentimiento de orgullo por el lugar en que se vive, con los valores que esa sociedad respeta, el reconocer que uno es parte de esa sociedad.

Aquellas localidades en que se observa una elevada autoestima tienen mayor capacidad de reconstrucción.

Vida cultural y artística

Un lugar con numerosos y diversos eventos científicos y artísticos genera el deseo de reconstruirlo y mantenerlo. Bajo vida cultural también consideramos deportes y actividades físicas.

Ética

Una conciencia grupal que extiende el deseo personal de bienestar a toda la comunidad y a otras sociedades. También incluye una administración pública confiable y honesta.

Democracia efectiva

Más allá del periódico ejercicio de votar se refiere a la inclusión de la opinión de la mayoría en la toma de decisiones cotidianas.

Sociedad inclusiva

Espacio para la participación e incorporación de la totalidad de la población a las prestaciones de los distintos sistemas funcionales de la sociedad (político, educacional, de salud, etc.)

Capítulo 3

Estrategias de acompañamiento y cuidados

1

DETERMINANTES SOCIALES DEL PAR SALUD - ENFERMEDAD

Hay un nexo que liga a las ciencias sociales con las ciencias biomédicas, una conexión de larga data. Estrictamente hablando si tomamos sus versiones modernas, ambas surgen en sintonía con las condiciones sociales imperantes en la Europa del s XVIII. Como ejemplifica Roberto Castro, Rudolf Virchow, el padre de la patología moderna, definía a la medicina como la más social de las ciencias naturales y sociólogos como Herbert Spencer, a la sociedad como un organismo vivo. Con el tiempo y las mutaciones epistemológicas dentro de ambos espacios, las disciplinas fueron distanciándose, abandonando las metáforas comunes, buscando definir cada una un recorte diferente de sus objetos de estudio.

No obstante, a principios del s XX, algunos intelectuales dentro de las ciencias sociales comenzaron a estudiar sistemáticamente los efectos de ciertos factores de orden social en la salud de los individuos. En otros términos, tomaron como objetos de estudio los determinantes sociales del par salud-enfermedad. Esto derivó en múltiples subtemas o temas tangenciales al asunto como, por ejemplo, la historización de la medicina, sus conexiones con los requerimientos económicos de la época, el carácter social e histórico de los objetos que le interesan a las ciencias biomédicas, etc. En síntesis, las ciencias sociales se concentraron en el estudio del carácter social de los determinantes del par salud-enfermedad.

En este apartado, lejos de pretender un examen minucioso de la cuestión, nos proponemos desarrollar un mapeo para introducir al lector en los aspectos más generales de la temática.

Lo problemático del tándem salud-enfermedad

Con la impronta del positivismo, los intelectuales no problematizaban los conceptos de salud y enfermedad. Ellos de definían a partir de criterios

objetivos. La medicina era la ciencia encargada de definir lo normal y lo patológico a partir de datos empíricos, abordados desde el modelo de cientificidad hegemónico. Lamentablemente, uno de los matices más ricos de la cuestión quedaba en el tintero: el análisis de cómo las disciplinas constituyen sus propios objetos de estudio y construyen sus categorías analíticas. Es importante entonces entender de qué manera se construyen las categorías de salud y enfermedad. Diferentes autores han estudiado la cuestión. Resumiremos los aportes más destacados.

El enfoque crítico latinoamericano. Cristina Laurell

Laurell publicó en 1975, un artículo novedoso titulado Medicina y Capitalismo en México. En el texto, la autora analiza cómo determinados procesos sociales llegan a expresarse en distintas patologías sufridas por personas o grupos y cómo los aspectos económicos, políticos e ideológicos se combinan en la planificación de los programas de salud, determinando el carácter de los servicios médicos. Una de las tareas que emprende Laurell es la redefinición del concepto de salud. La intelectual propone que la enfermedad no se puede considerar como un simple estado biológico ni como consecuencia mecánica de la pobreza. Sostiene que no se pueden usar los conceptos de salud y enfermedad por separado, sino que deben ponerse en relación dialéctica. Propone pensar en términos de proceso salud - enfermedad y articular la dimensión biológica con la ideológica.

Según Laurell, el fundamento de la actual definición de enfermedad es la valoración de la capacidad productiva y competitiva de los individuos. Desde su punto de vista, en cambio, es la dialéctica entre producción, intercambio, acumulación y consumo la que condiciona las definiciones de salud-enfermedad.

Teoría de la etiquetación. Howard Becker

Se trata de uno de los antecedentes más destacados de las teorías de la construcción social de los conceptos de salud y enfermedad. Becker, uno de los más destacados sociólogos dentro de la corriente, sostiene cuando habla de salud mental que el desviado es aquel sobre quien tal etiqueta ha sido aplicada exitosamente; la conducta desviada es la conducta así etiquetada por los individuos.

Edwin Lemert, otro de los intelectuales dentro de esta perspectiva, sostiene en Social Pathology de 1951 que existen dos tipos de desviación cuando se habla de desvío: una primaria y otra secundaria. La desviación primaria es la enfermedad en sí misma y desviación secundaria es la reacción social que produce. El autor dice que es la secundaria la que mejor da cuenta de la desviación que llamamos enfermedad. Entonces, toda desviación es resultado de una construcción. Construcción que

debe adquirir estatus simbólico a partir del control social y de la reacción social. Es por lo tanto más interesante desde el punto de vista sociológico, estudiar las formas de control y reacción social que la etiología médica.

Otro de los aportes importantes de la teoría es la clasificación de los pasos en el proceso de determinación social y medicalización. Dicho proceso da cuenta de varias etapas: ruptura residual de reglas-reacción social-etiquetación-enfermedad. En un primer momento, un individuo se aparta de las conductas esperadas, rompe ciertas normativas sociales, hace algo que no puede clasificarse dentro de ningún delito o patología conocida. Luego viene una reacción social ante tal forma de actuar que da paso a la significación, la etiquetación propiamente dicha, que da lugar al encuadre de tal caso como patológico. Según Becker, los síntomas en la mayoría de las enfermedades mentales son violaciones a las reglas residuales.

El constructivismo social de Freidson

Eliot Freidson, en *La profesión médica* de 1970, da cuenta de cómo se dan los procesos históricos y sociales que hicieron posible que la medicina sea la ciencia autorizada para determinar qué es una enfermedad. Mostró que tal estatus es el resultado de la forma en que ciertas élites dominantes logran imponer su definición de la realidad y su visión de lo patológico, dejando en un plano secundario el análisis de datos objetivos. El autor demostró también que la definición de enfermedad o desviación social es producto de una lucha que se da entre diferentes saberes como la religión, el derecho y la medicina.

Por ejemplo, en ciertos casos pasamos de la posesión diabólica -del paradigma religioso- al paradigma médico y legal siendo el sujeto tratado como enfermo mental o criminal.

Según nuestro autor, la profesión médica se encuentra profundamente comprometida con la expansión del horizonte médico y la medicalización: cada vez son más las conductas a ser tratadas como patologías, objetos que la medicina reclama bajo su competencia.

El aporte de Michel Foucault

No puede desconocerse el importante esfuerzo realizado por Michel Foucault a la hora de definir el proceso de medicalización como la penetración de la mirada médica o de la perspectiva médica en los saberes ilustrados y populares. Así, la medicina se apropia de los problemas sociales y los controla. Se trataría, entonces, de un proceso de culturalización por el que campos cada vez más amplios de la vida personal de los individuos pasan a ser incluidos en el campo de la

medicina. Foucault sostiene que, por una parte, tenemos a las disciplinas cuyo objeto es el cuerpo considerado como una máquina y que se traduce como una anatomo-política del cuerpo humano; por otra parte, a partir de mediados del siglo XVIII, pero fundamentalmente durante el siglo XIX, se desarrolla la biopolítica de la población, del cuerpo-especie, cuyo objeto será el cuerpo en tanto cuerpo viviente considerado como soporte de los procesos biológicos de nacimiento, mortalidad, salud, duración de la vida. El término biopolítica da cuenta de cómo el Estado y la política se hacen cargo de la vida biológica de los hombres, cómo se administra el poder-saber sobre los cuerpos y los procesos biológicos. Medicina es un saber destacado dentro de este esquema como estrategia biopolítica.

Según el intelectual francés, el discurso médico ha ocupado un lugar central en la constitución de las sociedades modernas. La medicina es un discurso (ideas, relaciones, prácticas, instituciones) que crea sus propios objetos y cumple una función disciplinaria para con los cuerpos e individuos. Es antes social que individual, aún en la modernidad y en el sistema económico actual. En efecto, en el contexto del capitalismo, el cuerpo es social porque se da una socialización de los cuerpos en función de los requerimientos económicos propios del proceso de producción. El cuerpo es un cuerpo productivo.

El aporte de Peter Conrad

Conrad demostró cómo la hiperkinesis fue construida a partir de ciertos factores entre los cuales se destaca la intervención de una droga para su tratamiento. El autor sugirió una teoría de cinco pasos para describir el proceso de construcción social de una enfermedad:

- Identificación de una conducta como desviada.
- Diagnóstico de la conducta desviada. Patologización.
- Actividad de grupos en las que pacientes, padres, docentes, instituciones se convencen de la necesidad de medicalizar.
- Aprobación de leyes que autorizan a medicalizar y protocolos de actuación.
- Institucionalización. Creación de instituciones u organizaciones para tratar el problema. DCM, Congresos, Organismos, etc.

El aporte de Conrad ha sido muy utilizado en diferentes análisis de los determinantes sociales del par **salud-enfermedad**.

La jerarquización de los determinantes: de lo macro a lo micro

Otra forma de analizar los determinantes sociales del par salud-enfermedad consiste en situarlos desde los determinantes más generales hacia los más específicos, de lo macro a lo micro social. El cuadro quedaría

conformado por los siguientes espacios:

- **Globalización y calentamiento global:** son los determinantes de mayor alcance. Ponderan los efectos del nuevo panorama económico y su alcance mundial y del aumento del nivel de temperatura y sus consecuencias en la salud de la población. Se trata de factores interrelacionados y derivados del tipo de desarrollo económico adoptado por los países más ricos tras la industrialización y la sociedad de consumo. La globalización hace referencia a la creciente integración de la economía de los países en el denominado mercado mundial apoyado en el desarrollo tecnológico de las comunicaciones y los medios de transporte. Los flujos de mercancías, comunicación y recursos humanos se incrementan exponencialmente y su impronta en los procesos de salud-enfermedad ha repercutido ampliando la desigualdad entre los que menos tienen y los que más tienen. La globalización se asocia al calentamiento global dadas las cada vez mayores exigencias que el sistema requiere de productos primarios, los efectos de la contaminación y el deterioro del medio ambiente.

- **Economía y acceso al sistema de salud:** Como habíamos señalado, intelectuales como Laurell han demostrado el dispar acceso a la salud de los diferentes grupos sociales y la impronta del proceso de trabajo en la salud de la población. Otros intelectuales han demostrado cómo los patrones de morbilidad varían según las poblaciones y su relación con la economía en cada contexto.

- **Condición de género:** junto con la pertenencia a un grupo social, la condición de género ha sido resaltada como uno de los condicionantes de enfermedades en la población. Se trata de desigualdades socialmente construidas entre los sexos que nada tienen que ver con las cuestiones biológicas, donde las mujeres resultan más afectadas por ciertas patologías que los hombres.

- **Proceso de trabajo y apoyo social. Integración-exclusión:** Laurell demostró que para estudiar el par salud-enfermedad es fundamental situar histórica y socialmente como se constituye el proceso de trabajo. Hoy tal proceso se da en el marco de la globalización y adquiere ciertas características que deben ser tenidas en cuenta. Tener equis trabajo implica ciertas condiciones específicas como acceso a vivienda, vestido, salud, etc. Pero, además, ciertos trabajos pueden ser perjudiciales para la salud. Por otra parte, tenemos el apoyo social o la forma en que un individuo se encuentra más o menos sostenido por el contexto de relaciones en la comunidad. El grado de contención que la comunidad o el grupo familiar o de amigos brinda a un sujeto crea las condiciones para que el mismo pueda hacer frente a ciertas circunstancias. Esto es sumamente importante a la hora de evaluar, por ejemplo, el éxito de ciertas terapias.

- **Estilos de vida:** hace referencias a ciertos hábitos como consumir

bebidas alcohólicas, fumar, hacer o no deportes, etc. Dichos hábitos personales se vinculan al mismo tiempo con el contexto social, la clase social, la cultura.

La salud como construcción colectiva

A lo largo del segundo capítulo hemos hecho referencia en varias oportunidades al par salud-enfermedad y a nuestra forma de concebir el vínculo entre ambos como una relación dialéctica. Además, el lector habrá notado que hemos planteado a la salud como un asunto comunitario y no como una propiedad de la medicina. En los apartados anteriores insistimos sobre estas cuestiones, otorgándole más sustento teórico. Las definiciones de salud-enfermedad resultan ser, junto con cuestiones de índole biológicas, construcciones y por lo tanto, puede afirmarse que en tal sentido, son productos históricos y situados en un determinado contexto. Son producto de luchas por imponer tal o cual visión acerca de ambas categorías y todo lo que de tal imposición se desprende; por ejemplo: cómo asegurar el acceso a la salud de los ciudadanos, cómo administrar los dispositivos sanitarios, cómo financiarlos, cómo definir el estar enfermo o sano en un contexto según equis objetivos o expectativas compartidos o no por una comunidad.



Todo lo antes dicho nos permite justificar y sostener, de aquí en adelante, nuestra propia mirada. Entendemos la salud como una construcción colectiva.

Tal como plantea la Organización Mundial de la Salud (OMS; Carta de Ottawa, 1986), la promoción de la salud debe ser de interés prioritario. La misma debe plantearse en relación a lo comunitario y a los enfoques participativos; es decir que las personas, las comunidades y las instituciones colaboren para generar cambios y crear condiciones que garanticen la salud y estilos de vida saludables.

Siguiendo a Jarnilson Silva Paim y Naomar Almeida Filho, entendemos la salud como una construcción colectiva; como un conjunto articulado de saberes y prácticas médicas, tecnologías, ideas políticas y económicas, desarrolladas tanto en el ámbito académico, en los institutos de investigación y en las instituciones de salud, desde de políticas

elaboradas e implementadas desde los diferentes organismos de la administración pública pero también, a partir de significados y prácticas presentes en las organizaciones de la sociedad civil y conformadas por distintas corrientes de pensamiento resultantes de la adhesión o crítica a los diversos proyectos de reforma en el campo.

Consideramos pues que los sujetos y las comunidades pueden generar sus estrategias de abordaje teniendo en cuenta el contexto en el que desarrollan sus actividades y su historia, que pueden tejer redes de relaciones y construir espacios institucionales para promover la salud. Se trata de un enfoque que aborda las problemáticas ligadas a la relación y procesos de salud-enfermedad, reflexionando acerca de las características del contexto sociocultural, el abordaje, la circulación de significados y representaciones sociales, las ideas políticas y no meramente el descuento de la enfermedad.

Pensamos la enfermedad más bien como una categoría social y política impuesta desde una determinada forma de ver el mundo, ligada a un modo específico de pautar el desarrollo económico y social que en gran medida, debe ser desnaturalizada y resignificada desde la acción política y social. En definitiva, apuntamos a ponderar los condicionantes sociales de los procesos de salud-enfermedad-cuidados, la desigual distribución de la riqueza y sus consecuencias, priorizando el cuidado de la población, el compromiso con la vida y aportando herramientas para que los ciudadanos ejerzan su derecho a la salud y para que luchen por alcanzar una vida saludable, mientras construyen sus propios proyectos mejorando sus condiciones de vida.

En definitiva, proponemos correr el eje de la reflexión de las lógicas que han predominado las prácticas y saberes médicos, ligadas a la medicina social decimonónica, el higienismo y sanitarismo, para introducir el carácter histórico-social de la problemática, considerando la naturaleza social de la enfermedad y las soluciones comunitarias de los problemas aparejados. Queremos ponderar los condicionantes socioculturales y las acciones colectivas, la responsabilidad del Estado como intérprete de los actores sociales, aquellos que también actuando en red pueden ser partícipes de la elaboración de respuestas a las problemáticas y aportar estrategias para cuidarse. Deseamos pasar de una intervención meramente técnico-normativa, de un enfoque biologicista, individualista, científicista y tecnocrático, de un saber centrado en el médico y la academia, de una actividad disciplinadora y de control social, a una acción mediadora y cuidadora, en permanente construcción y resignificación siempre en diálogo con la comunidad.

Se trata del proceso mediante el cual el saber y la práctica médica incorporan, absorben y colonizan esferas, áreas y problemas de la vida social y colectiva que anteriormente estaban reguladas por otras instituciones.

El proceso de medicalización de las relaciones sociales puede comprobarse en la progresiva extensión de aquellos ámbitos en los que el médico tiene algo que decir; ámbitos en los que juegan un papel destacado categorías tales como normal y patológico, junto con una permanente demanda al Estado, a través de instituciones médicas, para obtener una legitimación para implementar ciertas tecnologías sociales ordenadoras de la vida.

El médico toma la palabra y patologiza la conducta de las personas o grupos de personas para luego, intervenir a nivel individual o poblacional.

Del determinismo biológico a la medicalización

Antes de adentrarnos definitivamente en el tema analizando algunos ejemplos de medicalización de la vida debemos emprender un rodeo para analizar cuáles son las perspectivas teóricas que nutren el concepto y en qué marco general se inserta la corriente medicalizadora. En este sentido, es fundamental comenzar analizando qué se entiende por determinismo biológico, una forma particular de naturalización de las relaciones sociales.

El determinismo biológico, básicamente, consiste en afirmar que las normas de conducta compartidas por los miembros de una sociedad, pero también las diferencias socioculturales y económicas que existen entre grupos humanos o clases sociales derivan de un conjunto de condiciones heredadas o innatas. La sociedad, su estructura y las relaciones que en ella se dan, entonces, serían un reflejo de la biología; y el rol sociocultural y económico de los sujetos, un reflejo de su constitución biológica.

El determinismo biológico ha adoptado distintas formulaciones a través de los últimos dos siglos de historia, pero básicamente, existe una característica común en todas ellas que consiste en sostener que hay señales en el cuerpo que marcan las condiciones básicas de los individuos. Con la impronta de la ciencia moderna y el positivismo decimonónico estas señales pueden y deben ser detectadas y medidas y a su vez permiten establecer una relación con determinados aspectos del sujeto. Sea cual fuera la cuestión, lo cierto es que bajo el determinismo biológico puede colocarse un grupo muy heterogéneo de teorías, surgidas desde principios del siglo XIX como la craneometría, la antropología criminal, la frenología y otras.

La gran dificultad que se presenta con el determinismo biológico está

dada por el hecho de que no puede establecerse en forma terminante ni su verdad ni su falsedad. Es un discurso que se coloca en una suerte de espacio indefinido donde confluyen tanto cuestiones biológicas como culturales. Por otra parte, nunca termina de quedar claro qué significa que lo biológico determina lo social o cómo se da esta determinación.

Como quiera que sea, es el determinismo biológico el que da pie a la naturalización de las relaciones sociales. Considerando al ser humano en su dimensión biológica, el médico es el portador del saber sobre dicho aspecto y, por ende, quien asume la construcción de saberes y tecnologías sociales para regular los procesos de reproducción de la especie y avanzar conquistando espacios sociales regulados por otras instituciones.

Es desde esta perspectiva que se pone en un lugar destacado el poder del especialista o el científico en la toma de decisiones y es en este clima general que el médico toma la palabra. De la naturalización de las relaciones sociales, afirmada en el discurso positivista y apoyada en el determinismo biológico a la medicalización de las relaciones sociales había pues un solo paso.

El médico se ve a sí mismo no sólo como el terapeuta dedicado a curar el cuerpo del enfermo sino como un actor fundamental en el proceso de civilización y progreso social. Es desde esta perspectiva que se sobre determina su actuación a nivel político no siendo difícil encontrar a varios facultativos médicos ocupando cargos públicos.

Así, los médicos encargados de curar a los enfermos comienzan a extender su campo de acción hacia nuevos ámbitos y se encargan del organismo social.

La llamada medicalización de las relaciones sociales consiste entonces en un proceso en el que el concepto de salud y enfermedad aparece extrapolado desde el ámbito de la medicina hacia otros ámbitos de incumbencia siendo los médicos quienes se arrogan el derecho (y también el deber) de intervenir en dichos campos, ya sea para diagnosticar como para promover las acciones terapéuticas a partir de las tecnologías sociales.

Caracterización de la medicalización en la actualidad

En la actualidad el proceso de medicalización ha adquirido diferentes características a las que lo teñían en el siglo XIX y durante la primera mitad del siglo XX. En efecto, a partir de las mutaciones que se dan tras la segunda guerra mundial, el proceso se tiñe de nuevos matices. Veamos las diferencias:

En las llamadas sociedades disciplinarias, gracias a la impronta de las ciencias naturales, el positivismo y el científicismo vimos que se da el proceso de naturalización de las relaciones sociales que derivará en el

determinismo biológico y medicalización siendo la medicina la ciencia que cura porque el sujeto y las sociedades tienen que estar sanas. El médico prescribe medicinas o pauta prácticas para la curación o prevención de la enfermedad a nivel individual y social no sólo apelando a tecnologías médicas sino también tecnologías sociales (por ejemplo, en el marco del programa eugenésico: aborto eugenésico, castración eugénica, ficha eugenésica, etc.). En la segunda mitad del siglo XX, en el contexto de la postmodernidad, modernidad tardía, líquida o sociedades postindustriales (según el autor que tomemos) se dan nuevas articulaciones, rearticulaciones o mutaciones radicales, no sólo en lo que hace al proceso de trabajo sino también, en las políticas y en las relaciones de poder, que pueden constituir una nueva forma de sentido común preponderante, propiciando la construcción significados y, a la vez, legitimando ciertas prácticas y formas de interacción entre las personas en la sociedad, una nueva forma de pensar y de vivir. Se producen desafilaciones e individualización. Entonces, el médico prescribe medicaciones para un estilo de vida, la adaptación y la eficiencia.

Algunos ejemplos de medicalización en el campo de la salud mental
En estos ejemplos que tomamos del manual de psiquiatría DSM-V, podemos apreciar cómo se le da el nombre de un trastorno médico o síndrome a un conjunto de problemas de la vida.



El DSM V incluye el Trastorno Neurocognitivo Leve como si fuera una predemencia. También transforma los atracones de comida en trastornos mentales.

En este contexto se dan grandes tensiones que, desde nuestro punto de vista, son las que permiten explicar cómo y por qué se da el proceso de medicalización de la vida actual y cómo, luego, deriva en la denominada “quimicalización” y en particular “en la solución farmacológica”.

Pero antes de entrar de lleno en el tema de las tensiones propias de la vida contemporánea debemos emprender un rodeo para explicar por qué hablamos de “quimicalización” y “solución farmacológica” a la par del proceso de medicalización de la vida.

La Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología médica (ANMAT) define a los psicotrópicos como cualquier sustancia natural o sintética, capaz de influenciar las funciones psíquicas por su acción sobre el sistema nervioso central y a los psicofármacos como todo producto farmacéutico compuesto por sustancias psicotrópicas, utilizado como objeto del tratamiento de padecimiento psíquicos o neurológicos.

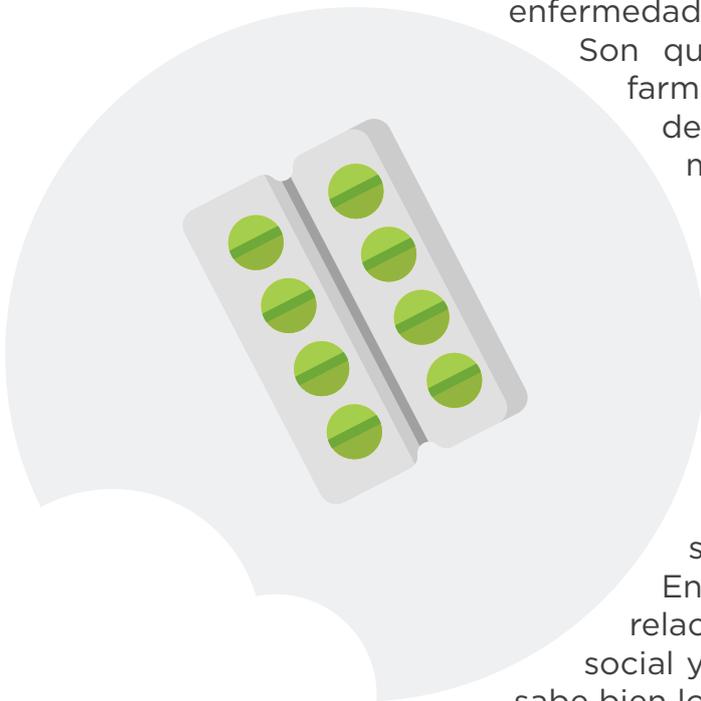
Entonces, cuando se prescriben psicotrópicos para el tratamiento de enfermedades se los denomina psicofármacos.

Son químicos elaborados por la industria farmacéutica con un fin terapéutico determinado, medicamentos cuyo fin es mejorar, atenuar, mitigar los síntomas de las denominadas enfermedades mentales. Los psicofármacos son drogas empleadas para tratar la esquizofrenia u otras psicosis; alteraciones del ánimo como la depresión y la angustia o ansiedad. Hemos visto que dichos cuadros se tratan como síndromes o trastornos en el digesto médico y que ellos son producto de una construcción.

En definitiva, lo que tenemos es una relación dialéctica entre la construcción social y la propuesta farmacológica. Y no se sabe bien los límites que diferencian a una y otra.

Nos preguntamos hasta qué punto tenemos primero la construcción del síndrome y el trastorno y luego, la solución química o la química promueve la construcción y posteriormente el etiquetamiento. Y en rigor, podemos afirmar que los criterios diagnósticos utilizados en el digesto médico siguen y son influenciados en gran parte por el aporte de los psicofármacos introducidos por la industria a partir de la década del 50 del siglo pasado. Las empresas farmacológicas ocupan un lugar central en la puja de poder económico y juegan un rol clave no sólo en la producción de sustancias sino, también, en los códigos mediante los cuales se legitima su prescripción y consumo, apoyada por un modelo médico hegemónico de corte biologicista que se rehúsa a ceder espacio en el mundo contemporáneo.

En el mapa de soluciones químicas hay que agregar también todos los complementos dietarios y complejos vitamínicos hoy tan en boga y



publicitados en diversos medios para mejorar la calidad de vida de los sujetos en un escenario de plena exigencia. Nada peor que estar “fuera de forma” para emprender una vida cotidiana plena de exigencias. Y esto nos lleva al punto que anticipábamos íbamos a tratar, el de las grandes tensiones de la época actual.

En efecto, vivimos en un mundo en el que se espera mucho de nosotros: iniciativa individual, alta performance, proactividad, ser emprendedor, autocontrol, autonomía y seguridad de uno mismo. En los anaqueles de las librerías se apilan los manuales de autoayuda. Aparentemente, por suerte, no estamos solos: un grupo de escritores piensan en nuestras dolencias y nos acercan sus propuestas. Así en la soledad de las noches, tras una ardua jornada en la que nada salió bien, tras la depresión por no poder dar cuenta de todo lo que se nos exige, volvemos a ponernos ansiosos en la creencia que luego de la lectura de las recetas podremos salir adelante por nuestros propios medios. Aislados e individualmente podremos hacer frente a un mundo que espera tanto de nosotros como podamos dar. En rigor, la exigencia implica un gasto tan alto que el costo para lograr la tan mentada calidad de vida es difícil de pagar. Y entonces, nos sentimos vulnerables y vulnerados, sentimos incertidumbre acerca de nuestro futuro. Pero el bombardeo mediático y social en las redes y demás sigue y se nos exige ser felices. ¿Cómo no deprimirse y angustiarse? Por suerte, junto a los grandes genios de la autoayuda tenemos ese batallón de científicos y técnicos capaces de proponer soluciones químicas para paliar las grandes tensiones del mundo contemporáneo. El yogurt ya no será solo yogurt, tendrá probióticos. Los alimentos no serán sólo ricos, tendrán agregados vitamínicos. Si eso no alcanza podremos visitar las góndolas de la cadena de farmacias para adquirir los complejos sintéticos y suplementos dietarios. Y si no nos sentimos bien y estamos tan acelerados que no podemos dormir, tendremos a mano siempre esa pastillita que hará más placentera nuestras noches.

En síntesis, las tensiones de la vida contemporánea se ocultan y disimulan gracias a la solución farmacológica.

Características del tándem medicalización y posterior «quimicalización» de la vida:

- Patologización de la conducta de las personas (complejos, síndromes).
- Construcción social a partir de representación y el sentido común potenciado por el bombardeo informativo y publicitario.
- Hegemonización y reproducción subjetiva de la respuesta médica y farmacológica.
- Tendencia a buscar en la medicina y la farmacología los recursos eficaces para una performance social exitosa.

Hay aquí una diferencia fundamental respecto a otros tipos de consumos problemáticos: el de psicofármacos no se da por experimentación, búsquedas, disociación o placer sino para socializarse en virtud de lo aceptado como valor en la sociedad contemporánea y el aumento del rendimiento.

La insuficiencia del uso de categorías como uso debido e indebido

El concepto de qué es lo debido y lo indebido se construye socialmente a partir de las siguientes condiciones:

- Si hay prescripción médica entonces es debido
- Si no hay prescripción médica es indebido

Desde nuestro punto de vista, creemos que esta distinción no es suficiente para explicar la complejidad del asunto. En rigor, lo que se da es una relación compleja entre la práctica del médico y el paciente. Habría que hablar de habitualidad indebida y habitualidad de lo debido.

Las preguntas que deberían orientar una reflexión crítica no serían si es debido o indebido, sino:

¿Cuáles son los límites entre salud y enfermedad? ¿Cómo se los define? ¿Qué es un síndrome o un trastorno? ¿Existe tal cosa? ¿Es una construcción abstracta? De existir tratamiento farmacológico, ¿Cómo abordarlo? ¿Quién debe prescribirlo? ¿Quién se hace cargo del control y seguimiento? ¿Qué relación existe entre la medicalización, los intereses de grupos o corporaciones y el poder? ¿Quiénes son los actores involucrados en esta dinámica? ¿Cómo se construye la idea de que hay situaciones que son medicables? ¿Cómo se construye o crea la necesidad de consumo? ¿Quiénes intervienen en dicha construcción? ¿Cómo están influyendo los avances de las ciencias biomédicas o las neurociencias en el asunto? ¿Cómo o en qué medida en la construcción de lo normal y lo patológico? ¿Y la sociedad? ¿Quiénes son los protagonistas? ¿Médicos, pacientes, el marketing, el mercado, los industriales? ¿Cómo se conforma la relación médico-paciente? ¿Cómo influye el proceso de trabajo médico en la medicalización? ¿Qué lugares ocupan las instituciones, el Estado, el mercado en el proceso)? ¿Cómo se genera la demanda de psicotrópicos por parte de médicos y pacientes? ¿Cómo éstos se convirtieron en estándares de tratamientos para problemas de la vida?

Sistemas de salud

Desde el comienzo de la humanidad las personas se encargaron del tratamiento de sus enfermedades con recursos propios, a través de distintas alternativas.

Los acontecimientos históricos fueron modificando la estructura de la sociedad, sus costumbres, su cultura, por lo que se fueron generando también diversas concepciones de la salud. Se crearon profesiones sanitarias y dispositivos asistenciales. Los poderes públicos comenzaron a desarrollar acciones en relación a medidas higiénicas, medicina preventiva y saneamiento ambiental.

Este escenario originó distintas posiciones ideológicas y políticas respecto a la asistencia sanitaria en los distintos países, dependiendo de la conformación de las características sociales, políticas, económicas e históricas de cada uno de ellos. Estas particularidades dieron origen a modelos como el Liberal, el Socialista y el Mixto.

Es importante señalar que generalmente se utiliza el concepto de modelo y sistemas como sinónimo; sin embargo, cabe destacar que existen diferencias entre ambos.

- El Modelo hace al ámbito de la política y se lo puede definir como el conjunto de criterios o fundamentos doctrinales e ideológicos en los que están cimentados los sistemas sanitarios.
- El Sistema hace a la operatividad y ejecución del Modelo, pero al momento de definirlo surgen distintas maneras de conceptualizarlo debido a las características y complejidades que conlleva.

La Organización Mundial de la Salud lo relaciona con el Concepto de Salud en sentido amplio “como un conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen a la salud en los hogares, los lugares de trabajo, los lugares públicos y las comunidades, así como en el medio ambiente físico y psicosocial, y en el sector de la salud y otros sectores afines”.

Se describen, además, los distintos actores que lo integran en tanto se encuentran formado por el personal de la salud, la formación de ese personal, las instalaciones sanitarias, las asociaciones profesionales, los recursos económicos que se hallen al servicio de la salud y el dispositivo oficial y no oficial existente”.

La OMS agrega que “todo este conjunto debe armonizarse en un sistema homogéneo que permita utilizar los recursos habilitados para el logro de la máxima satisfacción de los objetivos prefijados: garantizar el derecho a la salud no sólo como un derecho universal, sino como un recurso para el desarrollo social, económico e individual de una persona”.

Se puede considerar que, si bien todo sistema se encuentra incluido en uno mayor, el suprasistema, los sistemas de salud son una variante de los sistemas sociales, y como tales aparecen como una de las instituciones y funciones sociales más constantes y de mayor complejidad en la sociedad.

Desde la sociología se ha definido al sistema de salud como “el conjunto de mecanismos sociales cuya función es la transformación de recursos generalizados en productos especializados en forma de servicios sanitarios de la sociedad”.

Dentro de los modelos sanitarios se distinguen:

- **Liberal:** la salud en este modelo es considerada como un bien de consumo, que no necesariamente tiene que estar protegida por los poderes públicos en toda su amplitud. La responsabilidad del Estado queda resumida a atender a grupos más carenciados y vulnerables a las contingencias de la enfermedad, con mínima contribución financiera al sistema por parte del Estado.

Los otros grupos poblacionales (medios y altos), eligen compañías de seguros privados o contratan directamente la prestación médica, sin intermediarios. La utilización de los servicios se basa en la ley de la oferta y la demanda.

Este modelo está presente en el Sistema Privado de Estados Unidos. Su financiamiento se opera a través de las empresas que cofinancian un contrato de seguro de salud con organismos privados, generando desventajas y desigualdades para los distintos segmentos de la población. Los trabajadores autónomos, o los que tienen pequeñas empresas, deben contratar pólizas individuales. Fuera de la empresa no hay derechos. Los jubilados de más de 65 años tienen derecho a una cobertura mínima, mientras que aquellos que no entran en estas categorías no tienen acceso a la asistencia para su salud.

- **Socialista o Estatista:** Las prestaciones se proporcionan en condiciones de equidad, gratuidad y universalidad para todos los segmentos de la población. Es financiado en su totalidad por presupuestos generales del Estado. El sector privado es inexistente. De este modelo derivan dos tipos:

- a) Modelo Semashko.** Comenzó en la antigua URSS y los países del bloque soviético después de la Segunda Guerra Mundial. Desde 1990 Rusia y todos los países comunistas de Europa han abandonado el sistema centralizado,

controlado y operado por el Estado.

b) Modelo Público Unificado. Aplicado en Cuba y Corea del Norte, en este sistema el Estado garantiza el acceso a la salud financiando y suministrando servicios de salud directamente a través de un sistema único e integrado verticalmente. La cobertura se otorga con criterios de equidad, gratuidad y universalidad a toda la población. Se prioriza la medicina preventiva y la educación sanitaria para incrementar los niveles de salud en detrimento de la creación de servicios asistenciales y medicaciones costosas, invirtiendo en servicios públicos.

- **Mixto:** Se define por la contribución que tiene el sector público y privado en la gestión del sistema. Según el país, difiere la participación de ambos sectores dándole características propias en la financiación, en los modos de provisión y en la funcionalidad, como así también en los distintos niveles de asistencia.

Dos modelos europeos le dieron origen: Modelo Seguridad Social–Bismarck, inspirado en la legislación social de Alemania en 1883. El estado garantiza las prestaciones mediante cuotas obligatorias. Garantiza la asistencia sólo a los trabajadores que pagaban el seguro obligatorio, teniendo que constituir redes paralelas de beneficencia para los trabajadores que no “cotizan”.

En segundo lugar, el Modelo Impuesto–Beveridge, creado a partir del informe Beveridge de 1942, dio origen al Sistema Nacional de Salud en diferentes países. La financiación es pública a través de impuestos y mediante presupuestos estatales. La planificación y la salud pública quedan en manos del Estado y descentralizadamente en comunidades autónomas y municipios que deciden y elaboran planes de salud.

Cabe mencionar que en Latinoamérica surgieron otros modelos parecidos, pero con características históricas y sociales propias de la región.

Entre ellos se destaca el **MODELO SEGMENTADO**: es el modelo más utilizado en América Latina y característico del sistema de salud argentino. Coexisten tres sectores en el sistema:

- **Sector Público:** representado por el Estado, quien brinda asistencia a aquellas personas excluidas del mercado, los grupos sociales más carenciados y vulnerables y sin cobertura social. Se financia con recursos fiscales que pueden provenir de las finanzas generales o bien de impuestos con afectación específica a esta finalidad. El Estado es prestador de servicios a través de su red sanitaria.

- **Sector Seguridad Social:** su organización se descentraliza en entidades intermedias no gubernamentales. La financiación se realiza por medio de aporte de los trabajadores y contribuciones de los empleadores, recursos que tiene el carácter de obligatorios. Sólo cubre a los aportantes al sistema

y su grupo familiar.

- **Sector Privado:** la prestación de servicios de salud se realiza a través de prestadores privados en el mercado. La financiación la efectúa el usuario demandante mediante el sistema denominado prepago.

Estos tres sectores financian el sistema, por lo que los problemas que presenta esta conformación le imprimen al área de la salud una lógica peculiar puesto que implica la coexistencia desarticulada de cada uno de estos subsistemas, que difieren respecto a su población objetivo, los servicios que brindan, el origen de los recursos con que cuentan y nivel de decisión en el sistema. A ello hay que sumar la existencia de serios niveles de fragmentación en cada sector.

La interdependencia económica de los tres sectores, la duplicidad de funciones, la ineficiencia en el manejo de recursos y las diferencias importantes de prestación de servicios entre los diversos segmentos de población en relación a su cobertura dan como resultado falta de equidad y discriminación en la prestación del sistema, es decir marcadas ineficacias.

La salud en su concepción tiene una dimensión ética que se apoya en valores sociales, políticos y religiosos entrecruzados con distintas visiones ideológicas e intereses de todo tipo.

La salud, objetivo de todo sistema, es un bien esencial para la vida, para el bienestar y la economía de un país. La OMS sostiene que la misión de todo sistema es conseguir incrementar los niveles de salud en todos los aspectos y situaciones de la persona aislada y/o en sociedad, por lo que su funcionamiento es condición para establecer indicadores de medición de bienestar y de nivel de desarrollo de una sociedad.

La salud y los servicios sanitarios son una responsabilidad pública y un derecho social. El Estado debe garantizar su protección, promoción y acceso a los servicios de salud de una manera adecuada y oportuna independientemente de la clase social, nivel de ingreso, inserción laboral, genero, etnia o edad.

Es común a la mayoría de los modelos descritos, definir a las políticas de salud más allá de los Ministerios de Salud, ya que las consideran intersectoriales abarcando todas aquellas acciones destinadas a mejorar la salud.



Características de los Sistemas de Salud comunes a todos los modelos

- Los sistemas de salud son instrumentos operativos diseñados por la autoridad política de los diferentes países para cumplir con sus modelos teóricos sanitarios.
- El rasgo más específico de todos los sistemas salud es su carácter profesional. El médico es el eje del sistema, el tomador de decisiones fundamental.
- Las decisiones médicas en los sistemas de salud determinan la calidad y eficiencia de estos.
- Los sistemas sanitarios permanentemente deben alinear la práctica médica con la misión y valores del sistema sanitario.
- Los determinantes más importantes de la salud individual y colectiva no dependen del sector salud. Este tiene una limitada capacidad de producir salud, aproximadamente un 11%, frente al 89% (que comprende la carga genética, los estilos de vida y el medio ambiente).
- El sector salud es cada vez más relevante en los indicadores macroeconómicos de un país, esta cantidad de recursos genera poderosos intereses en actores económicos con gran influencia en decisiones sanitarias. Ejemplo de ello: Industria farmacéutica, equipamiento médico, profesionales, seguridad social, etc.

Interrelaciones

Los sistemas sanitarios además de ser complejos como se ha dicho se caracterizan por ser parcialmente descriptibles por el gran número de componentes y relaciones que guardan entre las partes.

Además, son sistemas abiertos y por ende interactúan con otros sistemas: el político, el fiscal, educativo y el económico guardando con éstos relaciones de interdependencia, es decir el sector salud depende del accionar de éstos, cualquier variación en alguno de ellos tiene fuerte impacto en su ejercicio.

A su vez, los sistemas social y ambiental (suprasistemas) contienen al sistema de salud e interactúan permanentemente condicionándolo en su funcionamiento en cuanto al impacto que generan.

Componentes y funciones de los Sistemas de Salud

Los componentes se podrían definir como las partes internas del sistema, que en su accionar determinan el equilibrio operativo del sistema. Los componentes son: el Financiamiento (determina el origen del financiamiento y condiciona su funcionamiento), la Entidad Reguladora (rectora del sistema tanto público como privado), los Usuarios (destinatarios de las acciones de salud) y los Proveedores (constituyen la oferta de servicios que se ofrecen en relación a la demanda)

Las partes se relacionan a través de funciones: financiación, regulación (legislación), provisión y gestión (planificación y control del sistema).

Estructura organizativa asistencial de los Sistemas de Salud

La organización de la asistencia médica es fruto de la estructura sociopolítica y económica de la sociedad en la que actúa. (Modelo-Sistema).

En casi todos los países se hallan modelos mixtos como los descritos anteriormente variando algunos de ellos en la modalidad de gestión en relación a la participación del sector público y el privado en la financiación y provisión de servicios.

La diversidad en la estructura organizativa de la sanidad es el resultado de combinar los dos elementos básicos de los que se constituyen todos los sistemas sanitarios:

- Fuentes de financiación: recursos económicos
- Proveedores: médicos, hospitales, farmacias, etc.

Los sistemas de salud y los modos de financiamiento generan consecuencias en la atención de la salud que se expresan en la burocratización, la ausencia de regulación, la falta de equidad – accesibilidad. Por lo que la OMS sostiene que se deben construir “sistemas de salud que garanticen la satisfacción de la población en lo referente a la promoción, prevención, protección y restauración de la salud de los individuos y las comunidades de un país.”

Dispositivos terapéuticos

El tratamiento es un proceso que consiste en una serie de intervenciones estructuradas, dirigidas a apoyar y promover la recuperación de la persona hacia una mejor calidad de vida.

El consumo problemático de sustancias, cuando se convierte en situaciones de abuso o dependencia, requiere de un tratamiento a mayor plazo y con características específicas. En estos casos, los pacientes se presentan sin conciencia de enfermedad y de voluntad para tratarse o solicitar ayuda. Su demanda de tratamiento es inestable y difusa. También se observa baja tolerancia a la frustración y escaso control de impulsos.

En algunas ocasiones resulta importante lograr una desintoxicación y alcanzar la abstinencia progresiva de las sustancias psicoactivas para que el sujeto pueda conectarse con su realidad y aceptar la propuesta terapéutica.

La etapa diagnóstica es la primera del tratamiento. Es un proceso que busca ahondar en la realidad psíquica del paciente sobre la cual se desea intervenir a fin de evaluar diferentes efectos, situaciones y compromisos

establecidos con su situación de consumo.

La etiología de las adicciones y los consumos problemáticos es multicausal porque comprende factores individuales, familiares y sociales. A lo largo de todo el tratamiento es primordial incluir a la familia y a su entorno afectivo para acrecentar las posibilidades de mayor adhesión al tratamiento. Si la familia y/o referentes acompañan en este proceso, será más factible para el paciente poder mantener los logros y cambios generados.

Dispositivos asistenciales

Existen dispositivos que intentan contemplar las diferentes características de los pacientes. Los sujetos pueden llevar a cabo todo su tratamiento en la misma institución y con la misma modalidad o cambiarla según la complejidad clínica y situacional en diferentes etapas del proceso. No existe un sólo tratamiento y modalidad universal para todas aquellas personas que padezcan consumo problemático de sustancias psicoactivas: el enfoque es singular y es de vital importancia ajustar las propuestas terapéuticas, según la evolución clínica.

Cada dispositivo es facilitador del acceso a otros, según las particularidades de cada situación. Las “recaídas” o vueltas al consumo son propias y forman parte del proceso terapéutico. El eje central del servicio asistencial se basa en la atención dirigida al paciente y a su familia o referentes, a través de un equipo interdisciplinario, que comprende el proceso terapéutico como un esfuerzo continuo y sostenido, que va más allá del alta.

Existen diferentes niveles de atención que pueden combinarse para establecer estrategias terapéuticas según las posibilidades de cada sujeto y su evolución. La descripción de las modalidades de atención y asistencia se realiza según el grado de complejidad de la prestación:

- **Nivel I:** El paciente es atendido por consultorios externos, con la frecuencia que evalúe el profesional. También puede realizar otras interconsultas con el equipo de salud. Convencionalmente el consultante es recibido a través de este dispositivo, se realiza un diagnóstico interdisciplinario y se orienta al sujeto al tratamiento que se considera más adecuado a su situación. Se contemplan diferentes variables, entre ellas, su situación y patrón de consumo, midiendo grado de compulsión, situación familiar, situación sociolaboral, adherencia a otros tratamientos, red personal de contención. Asimismo, se evalúa conciencia de situación y de enfermedad, enfermedades orgánicas asociadas o no al consumo, etc.
- **Nivel II:** El paciente requiere una mayor contención y seguimiento. Puede mantener su condición de tratamiento ambulatorio a través de un Centro de Día, asistiendo a una modalidad de tratamiento de jornada completa o medio tiempo, 20 o 40hs. semanales, aproximadamente. En este nivel

también se encuentran los Centros de Noche, utilizados en general para aquellas personas que no tienen disponibilidad habitacional por diversos motivos.

- **Nivel III:** Tratamiento en internación. Sus objetivos son desintoxicación, intervención en crisis y etapa de estabilización. Este nivel el abordaje se puede realizar en hospitales y/o clínicas de salud mental. En estos establecimientos se abordan situaciones de personas que atraviesan una descompensación psíquica aguda, que no pueden ser temporariamente asistidas de manera ambulatoria, en razón de que existe riesgo cierto e inminente para sí y/o para terceros. Una vez alcanzada la compensación de la persona se considerará la modalidad terapéutica a instrumentar en los distintos dispositivos disponibles: Comunidad Terapéutica (C.T.), Hospital de Día o consultorio externo. Las derivaciones se ajustan a la evolución y al encuadre familiar o alternativo de la persona. El grado de inserción social está ligado al pronóstico del paciente, su estructura psicopatológica y red familiar y comunitaria.

Estas modalidades terapéuticas comprenden:

- **Acompañamiento Terapéutico:** Se puede utilizar durante el tratamiento o una vez finalizado, en forma permanente o parcial, según el caso clínico y con indicación y supervisión de profesionales de la salud.
- **Comunidades terapéuticas religiosas:** Las más características en nuestro país son la de la religión evangélica, enmarcadas en los principios espirituales.
- **Grupo de Autoayuda A. A. y /o N. A.:** para los pacientes y con espacios de ayuda específicos para familiares.
- **Servicios de Abordaje Comunitario:** se hallan destinados a reconocer, promover y regular dispositivos sujetos a la necesidad de poblaciones vulnerables con consumo problemático de sustancias, realizando acciones de promoción y prevención de la salud.
- **Casas de Atención y Acompañamiento Comunitario (CAACs):** Espacios comunitarios en el territorio y reconocidos 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. Son la puerta de entrada para el inicio de procesos de recuperación e inclusión social, que posibilitan la construcción de proyectos de vida en comunidad.
- **Casa de Medio Camino:** Es un dispositivo exterior al lugar donde el sujeto ha recibido o recibe el tratamiento, dirigido a la población en condiciones de egresar de una internación y que carece de un grupo familiar o social. Es un espacio intermedio entre un tratamiento intensivo y la vida externa. Se establece como condición la continuidad de su tratamiento de forma ambulatoria.
- **Dispositivos Integrales de Abordaje Territorial (DIAT):** Son centros preventivos asistenciales gratuitos, de abordaje integral ambulatorio,

co-gestionados entre Sedronar y asociaciones civiles, organizaciones no gubernamentales, municipios o provincias. Las actividades que allí se realizan están orientadas a la atención primaria de la salud mediante estrategias de abordaje psicosocial, educativo, cultural, recreativo y laboral. Se implementan programas de prevención tanto a nivel personal como en el ámbito familiar y comunitario. Se encuentran bajo la órbita de la Dirección Nacional de Abordaje Territorial de la Sedronar.

El tratamiento de la dependencia a sustancias psicoactivas es prolongado, se enmarca en diferentes modalidades de ayuda terapéutica como se ha descrito. El primer paso a tener en cuenta en el abordaje terapéutico es la formulación de la demanda por parte del paciente. Sólo a partir de ese momento el paciente se apropia de su tratamiento.

Existen dos **modalidades de intervención** en las adicciones:

- **Modelo Abstencionista/Prohibicionista:** Para acceder a esta modalidad de tratamiento es requisito inicial la consecución y el mantenimiento de la abstinencia, además introducen una serie de cambios en los estilos de vida de la población. Estos programas incluyen, por lo general, las fases de desintoxicación, deshabitación o rehabilitación e inserción o reinserción social.
- **Modelo de Reducción de Riesgos y Daños:** También denominados programas de umbral mínimo de exigencia o de objetivos intermedios; son aquellos en los que al usuario no se le exige la abstinencia de drogas para acceder a ellos y tienen como objetivos fundamentales mejorar la calidad de vida, prestar ayuda a la población con consumo problemático de sustancias que se mantiene al margen de las redes asistenciales y poner en relación al sujeto con otros recursos terapéuticos de mayor exigencia.

La práctica de recibir y escuchar nunca es ingenua. Todas las personas, en todas las instancias de nuestras vidas, nos relacionamos desde un posicionamiento y a partir de ciertos preconceptos. Cotidianamente se puede ser más o menos consciente de ello, sin embargo, cuando nos constituimos como referentes de un dispositivo de abordaje de los consumos problemáticos resulta imprescindible reflexionar y poder dar cuenta de esto.

Como venimos sosteniendo, desde un paradigma de derechos, consideramos a las personas que se encuentran atravesando situaciones de consumo problemático como sujetos de derechos, descartando concepciones que los ubican como incapaces y carentes, enfermos o delincuentes, para pensarlos en sus potencialidades como titulares de derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales; sujetos capaces de crear, modificar y fortalecer la trama social de la que forman parte.

Desde el paradigma de derechos humanos pensamos que el Estado y la comunidad en su conjunto son los responsables de garantizar y procurar el acceso a derechos. La co-responsabilidad es una categoría que viene a ampliar la intervención de las instituciones del Estado hacia la familia y la comunidad en general, propone un vínculo con el contexto familiar y comunitario no ya como “recurso” donde incluir al joven sino como sujeto que es protagonista de esa inclusión. De esta manera se tiene como objetivo no sólo la restitución de derechos sino también la promoción y/o re-anudamiento de los lazos sociales.

Recibir, orientar y contener

Una de las acciones posibles de un dispositivo es asesorar a una persona que se acerca a consultar u obtener información sobre la temática. Orientar consiste en un asesoramiento claro, directo y motivador para manejar el problema que se presenta. Puede estar mediatizado por el uso de material gráfico didáctico y explicativo. Lo que resulta fundamental para esta tarea es trabajar en la construcción y actualización constante de un recursero, donde consten los contactos y las herramientas tanto institucionales como informales que hay en el territorio.

Nuestra capacidad de orientar y brindar información reside en cuán actualizado y trabajado tengamos nuestro recursero, esto implica la comprobación permanente de la información (nombres de referentes, número de teléfono, direcciones, modalidad de abordaje que realizan los dispositivos, etc.).

Orientar refiere a brindarle a la persona que consulta los datos disponibles. Asimismo, siempre que sea posible, haremos la articulación correspondiente: podemos llamar al referente de una institución u organización y avisarle que existen posibilidades de que cierta persona se acerque; o incluso podemos acompañar personalmente ese primer contacto de la persona consultante con la institución recomendada. Orientar no implica hacerse cargo de las estrategias de acompañamiento, sin embargo, no impide realizar un seguimiento de la situación. La acción de contener es complementaria a la escucha e implica generar un ámbito de confianza, en un clima agradable que permita ayudar a transitar un momento crítico sin que eso requiera resolver la situación.

Escuchar, estar presentes para el otro

Hay un aspecto del momento de escuchar que atraviesa transversalmente el proceso de abordaje en sí mismo. Comprendemos la escucha como transversal en tanto la concebimos como una manera de llevar adelante la tarea, una manera de estar presentes para el otro en el territorio. La escucha es una manera de relacionarse y construir vínculos de confianza con sujetos, grupos y organizaciones: es cómo elegimos predisponernos para la interacción.

Antes de decirle al otro cómo creemos nosotros que debe hacer las cosas, escuchamos y nos abrimos a comprender lo que el otro piensa y siente (esto vale también para actores colectivos, es decir, otros dispositivos que integran el territorio). Cuando organizamos el dispositivo de trabajo, cuando salimos al encuentro, cuando recibimos, cuando acompañamos, cuando construimos redes, lo hacemos priorizando la escucha como elemento fundamental de nuestra forma de accionar.

Escuchar, por lo tanto, no implica dar respuestas o decirle al otro lo que debería hacer para solucionar su problema.

¿Qué escuchar?

Todas las personas tienen características y aspectos positivos que resaltar, apostamos a que la escucha y el diálogo que se entabla con los sujetos estén enmarcados en resaltar esos elementos que ayuden a mejorar la valoración que las personas construyen sobre sí mismas. Por lo tanto, es muy importante prestar atención a las maneras en las cuales los sujetos (individuales y colectivos) son nombrados, cómo se llaman a sí mismos, y cómo son vistos desde su familia, grupo, barrio y comunidad, para buscar estrategias que tiendan a des-estigmatizarlos y construir un nuevo vínculo que los reconozca como sujetos de derechos, antes que los identifique por sus carencias y defectos. La escucha que proponemos implica ponerse en un lugar receptivo, de búsqueda y valoración de los aspectos positivos que

existen en ese otro con el que trabajamos.

¿Cómo escuchar?

La escucha tiene que apuntar a generar el espacio y las condiciones para que quien se acerca pueda preguntarse acerca de su relación con las sustancias y las consecuencias negativas que ese vínculo pudiera generar en su proyecto de vida. De la misma manera, será un espacio para repensar las prácticas que se viene desarrollando como familia, organización e institución en relación a quienes tienen un consumo problemático. Por lo tanto, proponemos no “ir al choque”, sino trabajar sobre la “discrepancia”.

Cuando vamos al choque queremos convencer al otro de algo que nosotros pensamos o vemos. Esto vale tanto para lo que pensamos que debiera ser el proyecto de vida de una persona (y cómo no debería ser), como para lo que consideramos que familiares y referentes comunitarios deben hacer y pensar (o dejar de hacer y pensar) respecto de la problemática.

En el caso de estar interviniendo con la persona que tiene un consumo problemático, imponer nuestra postura sin escucharlo, a partir de lo que nosotros creemos que es lo mejor para él o ella, es negarlo como sujeto, y terminamos actuando de manera prejuiciosa.

Cuando, en cambio, trabajamos desde la discrepancia, intentamos construir empatía, reflexionar con el otro sobre su relación con las sustancias y el lugar que ocupan en su vida. La empatía significa ponerse en el lugar del otro, aproximarse a la comprensión de lo que siente, se trata de captar la perspectiva de otros, su manera de vivir, sus sentimientos, sus actitudes, sus creencias, etc. Mostrar empatía es una manera de transmitir que el otro nos es importante, y por lo tanto, que nos hacemos cargo de lo que está pasando como parte activa de la comunidad. Pero no hay que confundir empatía con simpatía. Generar empatía no significa compartir o estar de acuerdo con los estilos de vida del otro, sino reconocer sus derechos y autonomía a la hora de tomar decisiones sobre su vida.

Trabajamos con la intencionalidad clara de que el o los sujetos no tengan un consumo problemático, pero estamos abiertos a que puedan o no quieran dejar de tenerlo. De lo que se trata es de motivar y buscar puntos de partida para que los sujetos encuentren razones y crean en la posibilidad de realizar un cambio que aporte o permita construir un proyecto de vida saludable.

Escucha como diálogo de saberes

En un modelo de abordaje integral, resulta necesaria la articulación de saberes provenientes de distintas disciplinas, tanto formales como no formales, ya que no todas las personas que atraviesan un consumo problemático necesitarán la misma estrategia de acompañamiento. En este marco, entendemos a la escucha como un diálogo inter-saberes,

apoyándonos en tres premisas:

- El consumo problemático es un fenómeno complejo, atravesado por diversas situaciones de igual complejidad;
- Es imposible construir conocimiento y prácticas integrales desde cada disciplina de manera aislada;
- El debate y la articulación son aspectos inherentes al entrecruzamiento de saberes.

En la tarea de articulación entre saberes, el conocimiento acerca de la pertinencia de las estrategias de atención no es patrimonio de una disciplina en particular, sino que se va definiendo en torno a la construcción de un saber colectivo. En este sentido es que la conformación de los equipos es interdisciplinar procurando recuperar el bagaje de experiencias de sus miembros en la tarea de la escucha. Entendemos a la misma como un horizonte nuevo que trascienda las diferencias y construya un posicionamiento común en la singularidad de cada situación.

El concepto de inter-saberes refiere al término desarrollado por el sociólogo portugués Boaventura De Sousa Santos de “ecología de saberes”. El autor propone a partir de estos conceptos el diálogo horizontal entre conocimientos diversos, incluyendo el científico, pero también el campesino, el artístico, el indígena, el popular y otros tantos que son descartados por la cuadrícula académica tradicional con el objetivo de organizar de una manera más humana la vida, elevando los niveles de participación democrático y respondiendo de manera satisfactoria a los requerimientos y necesidades sociales.

Trabajo con las redes subjetivas

La Red Subjetiva (en adelante, RS) se compone de todos aquellos vínculos cercanos con los que el sujeto cuenta: familiares y/o amigos, agentes sanitarios, referentes barriales, docentes, referentes de instituciones en donde la persona se siente a gusto y contenida. Entendemos a las redes subjetivas como elemento fundamental del proyecto de vida de los sujetos. Cuanto más débil/pequeña sea la red subjetiva de una persona, más en riesgo se encuentra. Por ello, una de las primeras acciones ante todas las situaciones será reconocer, fortalecer y ampliar la red subjetiva del sujeto. Por un lado, entonces, es importante conocer quienes componen la RS de una persona. Por otro lado, es importante conocer las características de sus miembros y en función de ello, decidir si resulta pertinente o no convocarlos –o evaluar cómo y cuándo hacerlo para la construcción de estrategias de acompañamiento.

En este punto es importante romper con los propios prejuicios y rastrear

en la vida cotidiana de la persona a quienes acude cuando necesita algo o a la hora de compartir algún momento de su vida. Puede suceder que nos encontremos que la RS está compuesta por personas que nosotros consideramos “negativas”, pero no debemos por ello negar que formen parte de su RS.

Esto también nos invita a renunciar a la “subjetividad heroica”, concepto trabajado por Elena de la Aldea e Ignacio Lewkowicz, que implica correr el lugar de “salvadores” del otro, posición que de cierta manera reproduce el individualismo propio de la época en la que vivimos. Nuestra tarea es ser facilitadores de una ampliación de la RS del sujeto, y no ser nosotros su tabla de salvación.

Momentos de escucha

En este apartado compartiremos algunas pautas que consideramos sirven para orientar el proceso de escucha, de manera que nos permita diseñar, colectivamente, y respetando las autonomías, estrategias de acompañamiento y cuidados acordes a la particularidad de cada situación. Atravesada la instancia de recibimiento, podemos situar dos momentos diferenciados para organizarnos y poder delimitar las estrategias de acompañamiento.

5 TÉCNICAS DE ENTREVISTA

Consideraciones generales

La escucha, el acompañamiento, la orientación, la contención y el accionar en red, son los principios rectores del tipo de intervención que enseñaremos. Nuestro objetivo es contribuir a orientar correctamente la demanda de los ciudadanos y garantizar el derecho de acceso a la salud para todos los requirentes de intervención, en situación de alta vulneración social.

Esta técnica de entrevista desarrolla una modalidad de intervención que prioriza la escucha y el alojamiento de personas (usuarios u allegados) que se encuentran atravesados por problemáticas de consumo. Siendo su fin último el promover comportamientos saludables en los pacientes,

a través de la inclusión en redes preventivo-asistenciales. Existen varios modelos de entrevista para el cambio de hábitos basados en diversas teorías, que originan distintos estilos, siendo más o menos, informativos, coercitivos, argumentativos, persuasivos o directivos. Si bien un entrenamiento en entrevista es un proceso extenso, lo que aquí abordaremos puede ser tomado como principios básicos a tener en cuenta para alojar una demanda, sin obturar la emergencia de la subjetividad, pero dando a la vez una orientación clara y continente. Este es el modelo conocido como Entrevista Motivacional.

Como inicio destacaremos las diferencias sus básicas con la entrevista informativa clásica, que se basa en un predominio del brindar información, opinión y consejo de forma magistral.

En cambio, el modelo que aquí veremos busca a través de la reflexión conjunta, colaborar a decidir, encaminar y solidificar un cambio.

TABLA 1. Modelos de entrevista clínica informativo y motivacional

Modelo Informativo	Modelo motivacional
Da consejos expertos	Estimula la motivación para pasar a la acción
Intenta persuadir	Favorece el posicionamiento ayudando en la reflexión
Repite los consejos	Resume los puntos de vista
Actúa con autoridad	Actúa colaborando para ayudar a decidir por el cambio
Es rápido	Es de aplicación progresiva

La motivación, o sea, el deseo de cambio para modificar conductas y hábitos insanos depende de muchos factores. Creemos necesario aprender a desarrollar algunas habilidades básicas que nos faciliten trabajar la motivación de los pacientes.

Estas técnicas motivacionales se basan en el respeto al paciente, a sus creencias y a su escala de valores. Intentan estimular la motivación y favorecer el posicionamiento hacia hábitos sanos enfatizando los puntos de vista del paciente y su libertad de escoger. No es posible motivar a nadie, si no ve muy claro que va a obtener un beneficio.

Modelo de estadios del cambio

James Prochaska y Carlo Diclemente, estudiando procesos de cambio en las personas, encontraron que aquellas que consiguen una mejora en sus estilos de vida pasan a través de una serie de estadios, cada uno con una actitud mental y un tipo de motivación diferentes. Describieron el modelo de estadios de cambio, también llamado rueda del cambio, donde éstos se sitúan circularmente y no funcionan como etapas en un solo sentido. Refleja la realidad de que, en cualquier proceso de cambio, la persona gira varias veces alrededor del proceso antes de alcanzar un cambio estable.

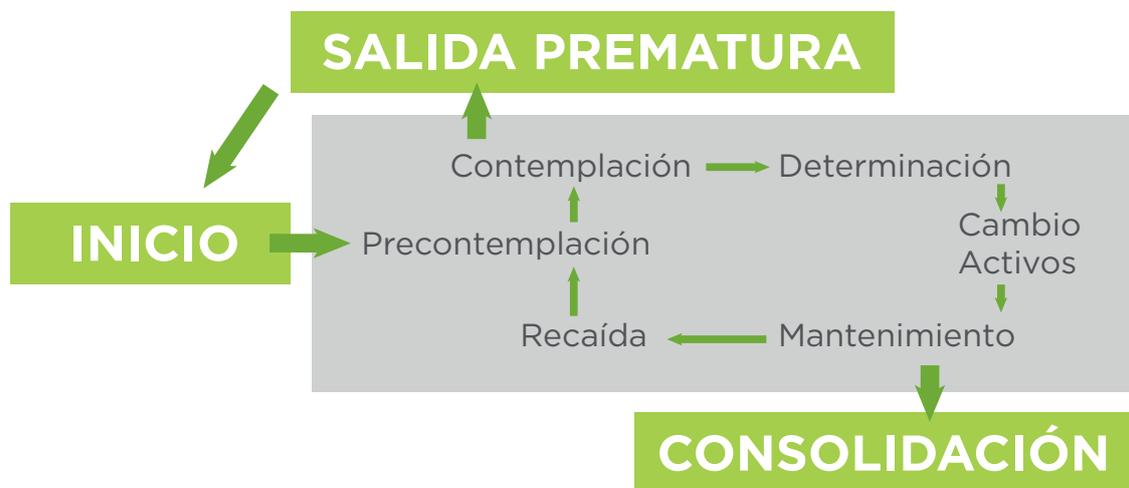


Figura 1. Modelo de estadios del cambio

En la práctica clínica se observan altibajos en la posición que va ocupando el paciente en el continuo de la rueda del cambio respecto a hábitos de salud insanos.

Cada estadio registra una actitud mental diferente e implica un tipo de motivación también distinto:

- **Pre-contemplación:** en esta fase la persona no ve, o no quiere ver, ningún problema en su conducta como lo demuestran frases del tipo “de algo hay que morir”, “yo soy fuerte y a mí el alcohol no me hace daño” y “mi abuelo murió con 95 años y fumaba”.
- **Contemplación:** la persona empieza a tener algunas dudas sobre su conducta. Empieza a sopesar los pros y contras, aunque no se ve todavía con ánimo de intentar un cambio: “Tendría que dejar el tabaco porque llevo muchos años fumando” o “Me gustaría hacer más ejercicio pero me aburre”.

- **Determinación:** en este momento de la rueda la persona decide intentar un cambio y requiere tener confianza en poder controlar la nueva conducta: “El día de mi cumpleaños dejaré de fumar”.
- **Cambios:** en esta fase se pone en práctica la decisión tomada.
- **Mantenimiento:** la persona ha de concentrarse activamente en mantener el cambio y consolidarlo ya que las tentaciones (atracción por la conducta antigua) están presentes.
- **Recaída:** se vuelve a la conducta anterior y a estadios anteriores, pre-contemplación o contemplación.

La ayuda que el profesional puede ofrecer a sus pacientes consiste en facilitar avances hacia el siguiente estadio, conociendo que tienen necesidades y características diferentes en cada uno de ellos. Podemos identificar en qué fase del proceso se encuentra y ayudarlo a ir transitando dentro del círculo hacia el cambio de hábitos y su mantenimiento.

Este modelo resulta muy útil en atención primaria por varias razones:

- Facilita un trabajo más realista y eficiente al poder realizar un diagnóstico motivacional y una utilización de estrategias adaptadas a cada estadio; es decir, al grado de motivación para el cambio de un hábito que presenta una persona en un momento concreto.
- Plantea una ayuda continuada, con pequeños avances, alejada del todo o nada que utilizamos habitualmente. Intervenciones breves pero pertinentes y repetidas a lo largo de un periodo, más o menos largo de tiempo, pueden ser eficaces y gratificantes.
- La recaída no se considera un fracaso, del paciente ni del profesional, sino una parte del proceso normal de cambio. Cada recaída no es la misma y representa un avance hacia el éxito del cambio ya que los intentos fallidos sirven de aprendizaje que acercan a la persona a la meta de consolidar un cambio.

¿Qué hace cambiar a las personas?

La motivación, o deseo de cambio, fluctúa de un momento a otro y de una situación a otra, y puede verse influida por muchos factores. Los principios más importantes del cambio son los siguientes:

- **La motivación intrínseca:** la capacidad de cambio está en el interior de cada persona y es poco susceptible de ser incrementada desde fuera por “transfusiones de voluntad”. La voluntad no es otra cosa que la motivación para el cambio y los agentes comunitarios y sanitarios

podemos ser facilitadores de ese cambio.

- **La elección y el control propios:** la persona está más motivada para hacer cambios cuando se basan más en sus propias decisiones que si una figura de autoridad le dice lo que tiene que hacer.

- **La autoconvencimiento auditiva:** se tiende a creer con más fuerza aquello que una persona se oye decir en voz alta a sí misma. Por esto es importante que el paciente saque sus propios argumentos y si quien lo escucha se los repite ayudamos a que los oiga dos o tres veces (“Decís que querés dejar de fumar porque te hace mal para la respiración”).

- **La autoconfianza o percepción de autoeficacia:** si una persona cree que puede cambiar será más fácil que lo consiga. Esto tiene gran influencia en la capacidad para iniciar una nueva conducta y mantenerla como hábito.

- **La ambivalencia:** ¿quiero o no quiero cambiar? Con frecuencia es el mayor obstáculo para el cambio. Está presente en casi todos nuestros actos y aún más en las conductas adictivas (“Querría adelgazar, pero me gusta mucho comer”).

- **El traje a medida:** cada persona necesita diferente ayuda dependiendo de la etapa en que se encuentre en el proceso de cambio.

- **La relación interpersonal:** La motivación y la resistencia del paciente al cambio pueden estar poderosamente influenciadas por el tipo de relación interpersonal que desarrolle el profesional de la salud. A pocas personas les gusta que les digan lo que deben hacer y las indicaciones u órdenes del profesional pueden provocar oposición al cambio (“tenés que dejar el alcohol”). Es importante aprender cómo actuar para aumentar la conciencia del paciente sin provocar su reactancia psicológica (rechazo a perder libertad de decisión o actuación).

Afortunadamente muchas personas consiguen hacer cambios profundos en sus vidas sin ninguna ayuda profesional. Todos ellos comparten una serie de argumentos: no llegan a promover un cambio por casualidad, sino que van acumulando buenas razones para iniciar una conducta más sana, y progresivamente aumentan su compromiso y determinación, cosa que les permitirá resistir el sufrimiento que tendrán cuando lo intenten. Una buena información puede producir cambios en la conducta de ciertas personas, pero en otras muchas no. Motivar, o ayudar a cambiar, es conseguir que el paciente descubra cuáles son sus elementos o razones motivadores.

¿Qué es la entrevista motivacional?

La entrevista motivacional (en adelante, EM) es un tipo de entrevista clínica centrada en el paciente que, fundamentalmente, le ayuda a explorar y resolver ambivalencias acerca de una conducta o hábito insano para promover cambios hacia estilos de vida más saludables.

Facilita que el paciente se posicione hacia el deseo de cambio, tratando de ayudarlo a reconocer y ocuparse de sus problemas presentes y futuros y potenciando su percepción de eficacia. No pretende cambiar el estilo de trabajo de cada profesional sino aportar herramientas que permitan afrontar situaciones que no han podido ser resueltas por las estrategias habituales empleadas en promover cambios de conducta en los pacientes.

La EM permite al profesional de atención primaria provocar un aumento en la motivación del paciente teniendo en cuenta cuál es su nivel de motivación basal y respetando siempre sus últimas decisiones sin penalizarlo por ello. Es más eficaz decirle al paciente “entiendo que te resulta difícil controlar la comida” que decirle “si no controlás la comida no entiendo para qué venís al consultorio a pesarte”, ya que el hecho de acudir significa que no es indiferente a su situación actual y algún tipo de ayuda podremos prestar.

6

INTERVENCIONES CON FAMILIAS

“Es de fundamental importancia en el desarrollo emocional de una persona, para el advenimiento de un sujeto, la aportación ambiental, el papel del ambiente en el cual y con el cual ese sujeto se desarrolla.

Cuando el hogar no logra darle al niño un sentimiento de seguridad, una estabilidad externa en la cual pueda apoyarse para superar las primeras y esenciales etapas de su crecimiento emocional, éste las busca fuera del hogar.”

Donald Winnicott.

La familia, en tanto institución social, es un producto histórico y dinámico. Sin embargo, solemos naturalizar hasta el día de hoy el modelo que se consolidó durante la primera mitad del siglo XX: familia nuclear, organizada alrededor del matrimonio en tanto contrato social de por vida, monogámica, heterosexual, con perspectivas de reproducción (consanguínea). Si bien algunas de estas características se han ido deconstruyendo en el imaginario social, todavía están fuertemente arraigadas en la cultura y se constituyen en condicionantes de las relaciones sociales. La “familia tipo” funciona como “ficción hegemónica”, como imposición narrativa: a partir de este modelo se normativizan los vínculos de afecto y familiaridad. Lo que es deseable socialmente o normal se distingue de una supuesta anormalidad que tiene el potencial de desestabilizar el orden social establecido. De allí los prejuicios, estigmas y representaciones sociales que circulan aún hoy en relación a las configuraciones familiares que no responden al modelo de familia hegemónico.

Uno de los procesos de gran relevancia vinculados al tránsito a la Posmodernidad es la crisis de las instituciones. Este proceso ha alcanzado también a la familia tradicional, que fue mutando considerablemente los últimos cincuenta años hacia nuevas formas o modelos, que aún hoy luchan por consolidarse: familias ensambladas, familias monoparentales, familias sin hijos, familias diversas, etc. En este sentido, al hablar de Familia nos referiremos al entorno afectivo de los sujetos, ya sea que éste responda o no al modelo hegemónico.

Los vínculos familiares como función

El trabajo con familias y grupos evidencia la necesidad de pensar los vínculos familiares desde una lógica relacional. Esto implica que los vínculos no conllevan en sí mismos una esencia, una “naturaleza”, sino

que se construyen en relación con otros y en constante diálogo con el contexto sociocultural. En este sentido, si bien las figuras “madre”, “padre”, “hijo”, “hija” adquieren significados culturales específicos y acarrear mandatos sociales fuertes, se observa que muchas veces en las dinámicas familiares los roles asignados a cada figura no se corresponden absolutamente con el modo en que una familia actúa ante una circunstancia específica.

Para dar cuenta de este fenómeno, Donald Winnicott propone pensar las relaciones familiares en términos de función: la función implica una acción, un movimiento que posibilita un proceso, más allá de la posición que un individuo concreto tenga en la familia (madre, padre, madrastra, padrastro, hijo, tío, abuela, etc.). De ahí que las funciones de cuidado puedan ejercerlas, indistintamente, todo aquel que tenga condiciones y disposición para hacerlo. Las funciones de cuidado primordiales según el autor son tres: el sostenimiento o sostén (holding), la manipulación o manejo (handling), y la presentación objetal (objet-presenting).



En el análisis de las dinámicas familiares, se antepone entonces la función al sujeto que debería realizarla según las expectativas que se desprenden del modelo de familia hegemónica; de esta manera, aunque una familia o entorno afectivo no responda al modelo tipo, pueden estar presentes todas las funciones de cuidado antes mencionadas.

Familias y consumos problemáticos

En nuestras interacciones con los demás, de manera consciente o inconsciente, las personas asumimos diversos roles. Cuando se detecta una situación de consumo dentro del grupo familiar, los sujetos implicados asumen también distintos roles y funciones que es preciso distinguir para poder luego revisar y eventualmente transformar.

Una herramienta para describir este fenómeno es el “triángulo dramático” de Stephen Karpman, que proviene de la psicoterapia denominada Análisis Transaccional. Es un modelo sencillo que puede ayudar a identificar qué posición se adopta con más frecuencia cuando se interactúa con los demás, para ir poco a poco modificando esta conducta, o para no entrar en los “juegos psicológicos” de otros una vez los tenemos identificados.



- **Rol de Salvador:** es el héroe, el “rescatador del mundo”; busca satisfacer las necesidades de todos, incluso cuando no se lo hayan demandado.
- **Rol de Perseguidor:** el perseguidor suele ser acusador e intransigente; busca castigar y reprochar. Utiliza muchas veces los puntos débiles de los demás para destacarlos.
- **Rol de Víctima:** la víctima demanda compasión. Se queja de todo lo que le sucede en la vida y siente que el mundo es injusto, que no puede hacer nada para cambiar la situación. Necesita que los demás resuelvan los conflictos que se le presentan.

En las dinámicas familiares, sobre todo cuando se transitan situaciones conflictivas como un consumo problemático, las personas van asumiendo de manera alternada estos tres roles. No son roles fijos, estáticos, y de hecho es muy común que se yuxtapongan.

Romper la lógica del triángulo es posible; pero es un proceso y, como tal, requiere de tiempo. Primero es necesario detectar y tomar conciencia de los roles que cada quien va ocupando, para hacerse preguntas en relación a la función que esos roles están cumpliendo en los diferentes momentos de un proceso. Luego se podrán tomar decisiones que apunten a transformar los modos en que se establecen las relaciones en el grupo familiar. Siguiendo el esquema que propone Karpman se pueden destacar algunos cambios conductuales esperables según el rol que se asuma, haciendo la salvedad de que en la realidad estos roles no se encuentran tan definidos ni son completamente estables:

- **Rol de Salvador:** debe desarrollar la capacidad de dejar que los demás resuelvan sus propios problemas. La vida es una sucesión de conflictos a resolver de los cuales se aprende. ¿Cuál podría ser un primer paso para modificar esta conducta? Ayudar sólo cuando se demande, sin adelantarse a la verdadera necesidad de los otros.

- **Rol de Perseguidor:** debe desarrollar la capacidad de enseñar y formar evitando criticar y comparar sus conocimientos con los de las demás personas. Cada persona tiene los recursos que tiene y transita un momento de la vida distinto.
- **Rol de Víctima:** debe desarrollar habilidades personales para resolver conflictos; evitar la queja y la actitud reactiva para adoptar una actitud más proactiva en relación a su propia vida.

Problemáticas comunes a las familias que atraviesan situaciones de consumo

- **Problemas en la comunicación**

No hay un diálogo genuino entre las personas, no hay reciprocidad. La comunicación suele ser superficial, unidireccional y muchas veces agresiva (caracterizada por quejas, humillaciones, órdenes, insultos). Se observa con mayor insistencia la dificultad de escuchar, la falta de apertura hacia el otro.

- **Falta de consideración del hijo/a como una persona diferente**

Los padres suelen proyectar en los hijos una gran cantidad de expectativas y deseos. Trasmiten opiniones, experiencias de vida, esperando que los hijos se apropien de las mismas. Resulta difícil para ellos considerarlos como personas diferentes, capaces de generar opiniones propias, de realizar elecciones distintas, etc.

- **Dificultad para poner límites**

Se observa falta de límites precisos, ordenadores, acompañados por la palabra. Los límites, si los hay, son confusos y muchas veces hasta contradictorios. Los desacuerdos entre los padres y la falta de comunicación entre ellos agravan la puesta de límites. Este es el caso de los dobles mensajes.

El límite no debe partir de la violencia sino del afecto y el respeto hacia el otro. El límite tiene una finalidad, un para qué, no debe ser producto del capricho de los padres. Es ordenador de la dinámica familiar.

- **Alteración de roles familiares**

En situaciones de gran adversidad, los roles familiares se alteran con más fuerza. A veces observamos padres que cumplen el rol de hijos, o hijos que cumplen las funciones paternas. Esto se produce debido a que, como se dijo anteriormente de la mano de Winnicott, los vínculos familiares no son estáticos, son funciones que responden a una lógica relacional.

- **Negación o falta de aceptación del consumo como una problemática que compromete a todo el sistema familiar**

Este fenómeno se observa sobre todo en el primer momento del proceso grupal. La responsabilidad del consumo recae fundamentalmente en el usuario y su entorno. Poco a poco, la familia debe comenzar a reflexionar acerca de sus dinámicas e implicarse también ella en la problemática.

- **Codependencia**

Las conductas co-dependientes son todas aquellas conductas o actitudes que sostienen y retroalimentan la conducta de consumo del otro miembro de la familia. La codependencia se observa más claramente en los vínculos caracterizados por la sobreprotección.

Las conductas co-dependientes son las más difíciles de modificar, ofrecen mucha resistencia porque anteceden al consumo y porque es el modo de vinculación que se ha establecido. Es importante aprender nuevas formas de vinculación para poder modificar las conductas co-dependientes.

- **Secretos Familiares**

Françoise Dolto refiere: “lo que es callado en una generación se hace cuerpo en la segunda”. En muchas de estas familias observamos que existen secretos familiares, tales como mentiras y ocultamientos que afectan el modo de vincularse.

Una intervención posible con las familias

Es importante saber qué hacer ante la consulta de una familia que se encuentra con la situación de consumo de algún miembro del grupo. La Contención y Orientación son dos procesos que están implicados en la primera escucha y serán parte de todo el proceso de acompañamiento al familiar.

Contener implica recibir y legitimar las emociones y sentimientos de otros sin juzgarlos. Es deseable que en una primera instancia se construya un espacio “seguro”, donde sea posible para las personas reconocer, expresar y drenar sus emociones, incluso cuando éstas generan resistencia o vergüenza. Esta primera escucha tiene como objetivo primordial alojar la angustia del otro. Suele suceder que, ante una situación de desborde emocional, se reclama una respuesta rápida e inmediata; es importante en este sentido, restituir poco a poco la dimensión del proceso como único camino para la transformación de la realidad.

La agrupabilidad como respuesta de intervención

El dispositivo de intervención grupal es una herramienta asistencial

para el acompañamiento de familias que atraviesan una situación problemática de consumo. Al compartir un espacio común donde es posible intercambiar experiencias, saberes y padecimientos, se producen identificaciones con las vivencias de otros y esto alivia la ansiedad con la que se suele llegar a la consulta.

En un primer momento el grupo funciona como una red de contención. Los familiares que se acercan por primera vez a los grupos se encuentran muy angustiados, enojados y/o culposos. En un segundo momento, cuando se ha establecido un vínculo de confiabilidad tanto con quien coordina como con los integrantes del grupo, el grupo se va constituyendo en un espacio de reflexión.

Poco a poco las personas van dando un nuevo sentido a lo que están viviendo y van adoptando otro posicionamiento ante la problemática, a partir del cual se generan cambios en las conductas familiares.

7 ACTUACIÓN EN URGENCIAS TOXICOLÓGICAS

Las urgencias son provocadas por consumo excesivo de sustancias (intoxicación) o por falta de sustancia en el cuerpo de aquellas personas que son dependientes de ellas (síndrome de abstinencia).

Tanto la intoxicación como la abstinencia pueden hacer que los usuarios se vuelvan agresivos o violentos, que intenten lastimarse, que se pongan en peligro por estar confundidos o desorientados, que actúen de manera muy extraña o que pierdan el conocimiento.

Todas estas situaciones requieren de la asistencia médica inmediata.
Escenarios posibles:

- Comportamientos agresivos y/o violentos
- Agitación psicomotriz
- Autoagresión y/o autolesiones
- Comportamientos extraños o desorientados
- Estado de coma
- Disminución de la capacidad para centrar, mantener o dirigir la atención
- Alteraciones de conciencia que pueden variar entre somnolencia a agitación severa
- Déficit cognitivo: déficit de memoria, desorientación, alteración del lenguaje

- Síntomas psicóticos: ideas delirantes y alteraciones senso perceptivas

Actuación durante los primeros minutos

1. Asumir un rol de coordinación
2. Solicitar atención médica
3. Aislar la situación y remover a los curiosos de la escena.
4. Evaluar grado de riesgos hacia la propia persona o terceros
5. Preservar la seguridad de personas presentes
6. Obtener información respecto de la posible ingesta de sustancias (tanto de la persona como de terceros)
7. Obtener información de padecimientos físicos y/o mentales (tanto de la persona como de terceros)
8. Implementación de estrategias de contención verbal
9. Ante la llegada del personal médico, brindar información obtenida, lo cual puede ser de importancia vital.

Todo el tiempo, mantener tanto hacia la persona como hacia terceros, un estilo de conducta calmo, firme y seguro, sin usar estilo agresivo, amenazante o confrontativo.

Estrategias de contención verbal

Ante personas que se encuentra en estado de agitación o violentas, propones diez indicaciones básicas a tener en cuenta para promover un des-escalamiento progresivo en los niveles de ansiedad e irritabilidad.

1. RESPETAR EL ESPACIO PERSONAL: se debe procurar mantener una distancia mínima de dos brazos respecto de la persona agitada.

2. NO ACTUAR DE MODO PROVOCATIVO: no se debe desafiar, amenazar, insultar o asumir posturas corporales sospechosas o provocativas (ej.: manos ocultas, brazos cruzados, contacto visual excesivo y muy directo).

3. SER CONCISOS: utilizar oraciones cortas, vocabulario simple y estar dispuestos a repetir un mismo mensaje varias veces para facilitar la comprensión.

4. IDENTIFICAR DESEOS Y NECESIDADES: las personas en estado de perturbación pueden calmarse si perciben que quienes intervienen tienen interés en ayudarlos, lo cual puede lograrse preguntando al individuo afectado acerca de sus necesidades, causas de su enojo, deseos, etc.

5. ESCUCHAR ATENTAMENTE LO QUE LA PERSONA DICE: demostrar que se está prestando real atención a lo que la persona dice, a través de

señales verbales o corporales (asentir, repetir lo que dijo, etc.).

6. ESTABLECER LÍMITES CLAROS: debe informarse claramente -pero no en tono de amenaza- acerca de comportamientos aceptables e inaceptables, y consecuencias que ciertos comportamientos perjudiciales pueden acarrear.

7. OFRECER OPCIONES Y OPTIMISMO: ofrecer opciones alternativas al uso de violencia y transmitir la esperanza de que el sujeto podrá revertir su situación.

8. ESTABLECER CONTACTO VERBAL CON UNA SOLA PERSONA: sólo una persona puede interactuar con el individuo alterado, porque múltiples interlocutores pueden confundirlo e irritarlo, siendo amables y explicando que queremos ayudarlo.

9. EXPRESAR ACUERDO: ser empáticos mostrando acuerdo con aquellos puntos en los que es fácil concordar.

10. RENDIR INFORME: luego de cualquier intervención involuntaria debe informarse a la persona por qué se realizó dicha acción, a fin de aliviar la naturaleza traumática del procedimiento y de prevenir mayor violencia.

TRABAJO CON GRUPOS

En este apartado expondremos conceptualizaciones sobre grupo y presentaremos distintas modalidades grupales y sus objetivos específicos.

Existen diferentes corrientes de pensamiento que han desarrollado teorizaciones sobre grupos y una extensa bibliografía sobre el tema. Haremos un recorrido tomando como eje, mayoritariamente, algunos autores del psicoanálisis.

Comenzaremos, sin embargo, hablando del sujeto porque no hay sujeto sin grupo. No podemos pensar en organizadores del psiquismo independientemente de los organizadores del vínculo/grupo. Al nacer el cachorro humano presenta un desamparo original, una indefensión absoluta, por lo cual necesita del otro (madre u otro social) que realiza los primeros cuidados como condición de supervivencia (el bebé depende absolutamente de otro para vivir). El nacimiento implica la pérdida de una situación de omnipotencia en la cual no eran necesarios los objetos y los otros. La madre decodifica el llanto y descifra las necesidades del bebé. La persona es sujeto en tanto nace prendido a un otro, sujeto

sujetado de un vínculo.

En la vida adulta el grado de autonomía que alcance un sujeto estará en relación con el modo en que pueda resolver la situación simbiótica original. Este sujeto consigue, con mucha exigencia de trabajo, ciertos grados de libertad y niveles de conciencia que lo llevan a plantearse la propia existencia, dar sentido a su vida. El desarrollo del psiquismo se enmarca en este recorrido que va desde la alienación y sujeción del otro a la autonomía o desatadura de este otro. El otro siempre está presente en la vida psíquica individual y deja huellas.

Sigmund Freud afirma en *Psicología de las masas y análisis del yo* que “en la vida anímica individual aparece integrado siempre, efectivamente, el otro como modelo, objeto, auxiliar o adversario; de este modo, la psicología individual es, al mismo tiempo y desde un principio, psicología social en un sentido amplio, pero plenamente justificado”. La introyección de las primeras experiencias intersubjetivas entre el sujeto, la madre, el padre (objetos fundamentales), dará lugar a la constitución en el niño de una estructura triangular que será un modelo simbólico de los vínculos. Esta matriz que es llamada “grupo interno” (terminología de Enrique Pichón Riviere) le permitirá al sujeto ya adulto en sus sucesivos contactos grupales, percibir lo que esa nueva realidad tenga de diferente respecto de sus personajes originales. Esta matriz vincular irá conformando los modos de vinculación con el mundo exterior. Siempre estará en juego el grupo interno y los grupos externos (o grupos manifiestos), por lo cual el modo en que una persona se incorpora y vincula a un grupo es singular y tiene que ver con su propia historia.

Varios autores se han referido a estos dos niveles (interno y manifiesto): el grupo manifiesto es aquel centrado en la tarea en la que los miembros están reunidos por razones conscientes y objetivables fundamentalmente para “hacer algo” material o espiritual; en el grupo interno, en cambio, los lazos de unión son inconscientes, no objetivables: un nivel inconsciente de predominio emocional.

Wilfred Bion llama al centrado en la tarea “grupo de trabajo” y grupo interno le llama al “grupo de los supuestos básicos”; José Bleger “yo grupal” al de la tarea, mientras que al no manifiesto lo llama “sociabilidad sincrética”. Por su parte, Didier Anzieu llama al grupo consciente grupo de la tarea y al inconsciente el grupo de la ilusión grupal.

Apuntalamiento

El concepto de grupo interno se relaciona con el concepto de apuntalamiento. Apuntalamiento significa tener apoyo, sostenerse en algo. Este sostén se realiza fundamentalmente en un inicio sobre la experiencia que registra el niño de los primeros cuidados. Cuando el

bebé tiene hambre o dolor se encuentra en una crisis, en una situación de amenaza vital, la madre filtra lo que resulta aniquilante para el bebé y realiza una acción específica para calmarlo, por ejemplo, le da de mamar. Pero al mismo tiempo esa experiencia va constituyendo y clasificando el mundo interno, tener hambre, sueño, etc.

El apuntalamiento es siempre doble: todo psiquismo va a estar simultáneamente apuntalado en el cuerpo propio, en el cuerpo materno y en los sustitutos que va a encontrar posteriormente, en los grupos en general, en las instituciones. Cuando alguno de estos lugares de apuntalamiento se resquebraja puede producirse un movimiento de repliegue sobre los otros apuntalamientos disponibles, o la búsqueda de un proceso de creación de espacios en donde se pueda volver a construir o dibujar un movimiento de reapuntalamiento.

Los grupos son un lugar de apuntalamiento muy importante porque funcionan como una prótesis en las situaciones de crisis y desapuntalamiento. Funcionan como organización auxiliar en la estructura psíquica. Cuando una persona se encuentra en una situación de mucho desamparo producto de una historia de consumo, con pérdida de lazos sociales y proyectos vitales, el grupo es fuente de nuevos vínculos, proyectos y apuntalamientos.

Freud en su obra habla de apuntalamiento y luego René Kaës re-trabaja el concepto planteando la idea de apuntalamientos múltiples. Desde este punto de vista, Kaës dice que el psiquismo es un proceso permanente de crisis, desapuntalamiento, reapuntalamiento. Uno movimiento de cierre y apertura todo el tiempo. Los apuntalamientos fundamentales de cada persona constituyen la historia misma de sus desamparos y pérdidas y de lo que en cada uno de esos momentos surgió como apoyo psíquico vital.

El grupo como espacio transicional: intermediario de la relación sujeto-sociedad

Existen espacios intermediarios que articulan el psiquismo individual y el mundo exterior o sea lo intrasubjetivo y lo intersubjetivo. A estos espacios intermediarios Donald Winnicott los llama espacios transicionales.

Winnicott denomina espacio transicional al de la experiencia cultural o el del juego creador vinculando pasado-presente-futuro. Introduce los conceptos de objeto y fenómeno transicional para designar esa zona intermedia de experiencia de objetos que no forman parte del cuerpo del niño, aunque todavía no se los reconozca como pertenecientes a la realidad exterior, es decir, no es un objeto interno ni externo; el objeto transicional pertenece al espacio de la ilusión siendo esta intrínseca de los seres humanos. Winnicott al mismo tiempo caracteriza el espacio transicional como zona de alivio de la tensión en la relación mundo

interno/mundo externo. Es el espacio también de las artes y la creación. El grupo puede ser pensado como ese espacio transicional, un espacio de convergencia y articulación de los vínculos primarios y secundarios, de lo viejo y de lo nuevo, del mundo imaginario y del mundo real, de la progresión y la regresión. El grupo aloja, entonces, una doble cualidad de sostén y de espacio de transformación, razón por la cual son espacios de trabajo privilegiados en los dispositivos de tratamiento de los consumos problemáticos. El grupo en su función de apoyatura puede dar lugar a un sujeto creativo y lúdico facilitando los procesos de transformación y de desarrollo.

Definición de grupo

Pichon Riviere define al grupo como conjunto restringido de personas ligadas entre sí por constantes de tiempo y espacio, articuladas por su mutua representación interna que se propone en forma explícita o implícita una tarea que constituye su finalidad y donde se producen mecanismos de adjudicación y asunción de roles. La mutua representación interna es el elemento esencial para conformar un grupo y esto significa que tenemos un registro del otro en nuestra escena interna y ese registro es recíproco que produce la vivencia del ‘nosotros’, es decir, la existencia de la trama vincular. En un grupo advertimos la falta de alguno de los compañeros por lo que cuando los integrantes de un grupo comienzan a preguntar qué pasó o por qué no vino tal persona tenemos la constatación de que hay representación del otro.

Para clarificar el concepto de “grupo” lo diferenciaremos del concepto de “serie” (Jean Paul Sartre), definida como una forma de lo colectivo cuya unidad le es exterior, sus principios organizadores son externos. Una situación en la que varias personas comparten un tiempo y un espacio e, incluso, desarrollan una actividad similar pero no hay reciprocidad en sus acciones. La comunicación es mínima, circunstancial y poco significativa. Los componentes de la serie pueden ser intercambiables y eso no afecta. El otro no aparece comprometido en la relación de necesidades y en las expectativas de cada sujeto. Ejemplos: la cola de un banco, una sala de espera, el hall de un teatro, los pasajeros de un tren, etc.,

Momentos de conformación de los grupos

El grupo atraviesa por diversos momentos lo que no implica un necesario pasaje de un momento a otro.

Momento de Fusión

Hay un momento de fusión en los grupos que se experimenta como

un estado de “ilusión grupal”. La ilusión grupal tal como la describió Didier Anzieu, es un sentimiento de euforia y bienestar producido por la idea de estar en un buen grupo, con un buen coordinador donde los intercambios siempre son fructíferos y enriquecedores y todos se sienten unidos sin que existan rivalidades, competencias, celos o diferencias. Esta manifestación de los grupos es una defensa frente al temor que sienten los miembros de perder su propia individualidad y ser absorbidos por el grupo.

Todo grupo revive las primeras experiencias de fusión o separación originales con la madre; la ilusión es un intento desesperado de volver a recrear el estado de fusión y negar la separación. Es el momento en que se escucha en los grupos decir somos todos iguales, a todos nos pasa lo mismo, todos somos uno.

Momento de discriminación

Llega un momento que el estado fusional de ilusión grupal resulta asfixiante y es necesario salir de él para crecer.

En el estado de ilusión grupal no hay reconocimiento de lo semejante y lo diferente, lo propio y lo ajeno. A veces para salir de la indiscriminación algunos miembros del grupo necesitan realizar un movimiento de hiper discriminación, en donde sienten que ya no tienen nada que ver con el grupo.

Cuando los miembros del grupo se permiten la aceptación de las diferencias y descubren que éstas (vividas como amenaza anteriormente) pueden ser aprovechadas por el grupo para mejorar, esto da lugar a la emergencia de roles y funciones diferenciadas. El grupo entonces comienza a configurar una estructura pasando entonces de la fusión a la organización discriminada.

Identificación en los grupos

Según el grado de identificación podemos hablar de diferentes grados de involucramiento en relación con la tarea:

a) Afiliación: es un primer nivel de identificación, pero un nivel bajo donde el sujeto se aproxima al grupo y a la tarea, pero con una cierta distancia, sin meterse con todo el cuerpo en ella. Ej. Afiliación a un club.

b) Pertenencia: ella es el grado mayor de identificación e integración con el grupo; un momento donde el sujeto se acerca más y acorta la distancia.

c) La afiliación y la pertenencia se miden por el grado de responsabilidad con el cual los miembros del grupo asumen el desarrollo de la tarea.

d) Cooperación: es la posibilidad que tienen los miembros del grupo de asumir y desempeñar roles complementarios para el logro de la tarea. Dicha complementariedad consiste en la capacidad de desarrollar roles que cubran lo que los otros no pueden cubrir, complementándose mutuamente, intercambiando, haciendo una verdadera rotación de roles en el interjuego grupal. Es la contribución de cada uno de los miembros para con la tarea y para con sus pares. Dicha cooperación la vamos a medir por el grado de eficacia con el cual se asume la tarea.

e) Pertinencia: consiste en la capacidad de centrarse en la tarea. Ser pertinente en una tarea determinada es sentirse y ubicarse direccionalmente sobre ella. Hay un criterio de utilidad, de centralidad sobre el trabajo a realizar colectivamente; es decir, la mayor pertenencia y cooperación tienen valor si hay pertinencia.

Pertenencia grupal e identidad

Una de las funciones de los grupos es proporcionar representaciones comunes y matrices identificatorias. La pertenencia a grupos/instituciones nos da un marco de seguridad que estructura nuestra identidad. Por ejemplo, nuestra pertenencia al grupo primario familiar nos da ciertas características y rasgos de identidad. Sin embargo, hay distintas formas de pertenecer a los grupos que está en relación con la mayor o menor necesidad de apoyo psíquico que requiera una persona. Podemos diferenciar dos tipos de pertenencias. “Pertenencia discriminada” que permite poner en juego cuestionamientos, aceptar diferencias. El sujeto como parte del grupo tiene la capacidad de modificarlo y modificarse a sí mismo. Acepta que no a todos nos pasa lo mismo en un grupo, no somos iguales. Se mantiene la diferencia entre el sujeto y el grupo.; se pueden soportar las tensiones individuales y el sujeto es capaz de estar solo en el grupo.

“Identidad por pertenencia” es donde existe una falta de autonomía del sujeto y una dificultad para reconocer la autonomía del mundo exterior. Existe una dificultad de reconocer la diferencia entre el funcionamiento grupal y el funcionamiento propio, “el sujeto no es sin el grupo”. Siguiendo a Bleger, una tarea que entorpece, un pensamiento que se rigidiza son las formas que adquiere la pertenencia patológica (identidad por pertenencia) en un contexto grupal.

El mecanismo psicológico debemos buscarlo en la necesidad de apuntalamiento por parte de los miembros del grupo, de sus respectivas identidades en la estructura de roles grupales, que dejan de tener a partir de esto la ductilidad y posibilidad de cambio que exigen las vicisitudes de la tarea grupal, este fenómeno siguiendo a Bleger es la “burocratización” del grupo.

Esta distinción es importante debido a que muchas veces nos encontramos en los grupos de tratamiento a consumidores que son en tanto pertenecen al grupo de consumo, por lo que el ser adicto los nombra como “sujetos”.

Tipos de grupos. Objetivos específicos

Existen diversos dispositivos para trabajar con grupos, mencionaremos algunos de ellos.

Los grupos centrados en una tarea son muy diversos: grupos de reflexión, grupos de discusión, talleres -el taller es un tipo particular que no es lo mismo que grupo operativo, ni grupo de reflexión, ni grupo de discusión. Los grupos terapéuticos son grupos centrados en una tarea, la cual es curarse. Hay otro tipo de grupo centrado en una tarea, que son los equipos de trabajo en una empresa, en la comunidad, en una escuela. Grupos de formación, de discusión, de aprendizaje, de investigación, etc.

De esta multiplicidad mencionaremos principalmente aquellos que están más relacionados con la práctica, con el abordaje de los consumos problemáticos.

Grupos Psicoeducativos

El objetivo central de estos grupos es facilitar y optimizar el proceso de aprendizaje, mediante el desarrollo de habilidades cognitivas y sociales.

Grupos terapéuticos

Son los que tienen como finalidad abrir la posibilidad de un proceso de cambio psíquico de los miembros, apunta a las escenas inconscientes.

Un grupo terapéutico es un medio que creamos artificialmente sobre la base de encuentros pautados y en el que varias personas interaccionan, se comunican a nivel verbal, gestual y visual, comparten normas y un lugar de continencia y elaboración y, fundamentalmente, entran en un proceso que, a través de la dramatización, permite un cambio psíquico terapéutico de aspectos del mundo interno y vincular de los integrantes. La configuración grupal está determinada tanto por la situación grupal de un determinado momento como por las características personales de cada miembro construidas a través de su propia historia.

Si bien intentar una clasificación es una tarea con sus limitaciones, con fines prácticos, los dispositivos terapéuticos se pueden clasificar en “homogéneos” y “heterogéneos” según sus miembros sean seleccionados

por poseer un factor común o no. También se pueden clasificar por su variable temporal en grupos de tiempo limitado y otros de duración no predeterminada. Además, teniendo en cuenta la apertura para los egresos e ingresos de miembros se puede hablar de grupos cerrados y abiertos.

Grupo de Reflexión

Implica la tarea de pensarse y vivenciarse a sí mismos en grupo. Se propone el trabajo con las subjetividades y sus articulaciones con las representaciones sociales y variables institucionales. Este dispositivo promueve sentimientos positivos de pertenencia, favorece el despliegue del potencial vincular, de la identidad profesional, facilita la reflexión del rol y promueve la prevención evitando enquistamientos nocivos de situaciones conflictivas en las relaciones con el otro, en la integración de los equipos y el desarrollo de los proyectos institucionales.

Grupo Homogéneo o Monosintomático

Llamamos grupos homogéneos a aquellos que convocan sujetos que tienen un padecimiento en común. Estos grupos por sus características cumplen una función esencialmente apuntaladora y transicional para sus miembros. Nuclean a personas muchas veces con graves traumas, con desorganizaciones en su funcionamiento psíquico y emocional muy profundo. Muchas veces con un agregado del contexto social que es la estigmatización.

El plus de estos grupos es que favorecen la identificación de sus miembros y el poder hablar de lo que les pasa a partir de sentirse en una situación con muchas semejanzas. Al mismo tiempo el estar con otros con similar padecimiento proporciona mucho sostén y contención.

El recorrido esperable en estos grupos es ir pasando de lo homogéneo del síntoma a la particularidad del deseo de cada participante, el reconocimiento de lo propio a partir de su historia.

Grupos de Autoayuda

Los grupos de autoayuda están compuestos por personas que comparten algún tipo de problema, que lo padecen o están relacionados con él. Son muy variados: grupos de diabéticos, de alcohólicos, de familiares en situación de duelo, de personas con problemas de obesidad. Funcionan de manera autónoma al margen de los profesionales y sin limitación temporal, aprovechando el potencial de las fuertes relaciones que se establecen entre sus miembros con los que comparten un problema de tipo psicosocial.

En algunos casos los distintos grupos con temas semejantes llegan a organizarse en estructuras más grandes que pueden tener, como sucede con Alcohólicos Anónimos (en adelante, AA), extensión nacional e internacional.

La mayoría son asociaciones no lucrativas. En estos casos se utiliza el principio de solidaridad grupal e identificación con los compañeros que padecen el mismo mal pero que han logrado el control del mismo (en el caso de AA, la abstinencia de bebidas alcohólicas). Las causas del cambio individual en los grupos de autoayuda han sido desglosadas como emocionales, cognitivos y conductuales:

- **Emocionales:** La experiencia de grupo provee empatía, comprensión y estímulo. Como un subsistema nutriente de pares y amigos (como gemelos) ofrece a sus miembros cuidado incondicional e interés y da la oportunidad de ser libres, abiertos y espontáneos unos con otros. En el proceso de transición que va de la marginalidad social a roles sociales más convencionales, el grupo de autoayuda sirve como “objeto social transicional”.
- **Cognitivos:** La experiencia de grupo ayuda a mejorar la autoestima individual al proveer la oportunidad de percibirse uno mismo entre otros con similares condiciones, reduciendo los sentimientos de desvalorización, alienación y anomia.
- **Conductuales:** Reforzados por estos cambios emocionales y cognitivos los miembros se sienten libres para proporcionarse ayuda mutua. Intercambian estrategias para lidiar con sus problemas comunes (conocimiento experiencial), se dan consejos, se sienten parte de un equipo, se enseñan destrezas unos a otros y hacen amistades. De esta manera, los grupos de autoayuda se vuelven un campo para la experimentación social y de relaciones humana.

La coordinación grupal

La coordinación es una forma particular de relación entre un sujeto y un grupo. Entre ellos se comunican y aprenden juntos a la luz de un proceso de acercamiento mutuamente deseable. Es decir que se llega al momento de la coordinación después del planteamiento de necesidades comunes. Así se produce el encuentro entre las necesidades y los deseos del coordinador, con las necesidades o deseos del grupo.

El coordinador cumple un papel fundamental: ser facilitador de la comunicación y participar activamente con el grupo en la construcción de nuevos sentidos. La tarea es esencial para el proceso grupal y, junto con ella, el vínculo que se establece entre los integrantes. Según Pichón Riviere “el coordinador mantiene con el grupo una relación asimétrica

requerida por su rol específico: el de copensor. Su tarea consiste en reflexionar con el grupo acerca de la relación que los integrantes del grupo mantienen entre sí y con la tarea prescripta”. El coordinador interviene teniendo en cuenta los distintos momentos de conformación de un grupo, algunas veces interviene con técnicas que propicien trama, porque se necesita una red que aloje, otras veces en cambio se apunta con la intervención más al trazo que marca lo singular y separa de la trama.

¿Qué es trama grupal?

Trama grupal es un tejido; las mujeres que tejían en los telares iban justamente produciendo una trama. En un grupo, también se trata de ir tejiendo esa trama que aloje al sujeto. Alojamiento subjetivo, lo llamamos desde esa lógica mínima que proponemos.

La función central del coordinador es propiciar la emergencia de nuevos sentidos independientemente del tipo de grupo que se trate. Fernando Ulloa, dice: “que el gran desafío para alguien que coordina un grupo es poder producir cambios en cada quién”, y eso no es fácil.

El grupo puede ofrecer nuevas alternativas a los sentidos cristalizados, un inscribir de otro modo, con otras letras, lo que parecía inevitablemente para siempre lo mismo, produciendo nuevas narrativas.

¿Cuántas veces alguien a partir del trabajo con otros puede por primera vez empezar a contarse su misma historia de un modo nuevo?

Características generales

La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test, en adelante ASSIST) fue desarrollada para la Organización Mundial de la Salud (OMS) por un grupo internacional de investigadores y médicos en 1977, y se desarrolló y validó hasta la versión actual en 2007.

Es una herramienta técnica para ayudar a la identificación temprana de riesgos para la salud y trastornos debido al uso de sustancias en la atención primaria de salud, la atención médica general y otros entornos.

El objetivo del proyecto OMS ASSIST es brindar apoyo y promover la prueba de detección de consumo e intervenciones breves del uso de sustancias psicoactivas por profesionales de la salud para facilitar la prevención, la identificación temprana y el manejo de los trastornos de uso de sustancias en los sistemas de atención de la salud con el objetivo principal de reducir la carga de morbilidad que se atribuye al uso de sustancias en el mundo.

La versión 3.1 de la prueba ASSIST consiste en un cuestionario en versión papel y lápiz dirigido a los usuarios de sustancias y que debe ser administrado por un profesional de la salud. El cuestionario consta de ocho preguntas y tomarlo lleva aproximadamente entre 5 y 10 minutos. El diseño de la prueba es culturalmente neutral, por lo que puede utilizarse en una gran variedad de culturas para detectar el consumo de las siguientes sustancias: tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, estimulantes de tipo anfetamina, inhalantes, sedantes o pastillas para dormir (benzodiazepinas), alucinógenos, opiáceos y otras drogas

El cuestionario ASSIST indica la puntuación de riesgo para cada sustancia que el usuario informa haber consumido. Después de determinada la puntuación se inicia una conversación (intervención breve) con el usuario sobre el consumo de sustancias. La puntuación obtenida permite clasificar a los individuos según el nivel de riesgo para cada sustancia en 'bajo', 'moderado' o 'alto', y en cada caso se determina la intervención más adecuada ('no tratamiento', 'intervención breve' o 'derivación a un servicio especializado para evaluación y tratamiento' respectivamente). Asimismo, el ASSIST proporciona información sobre el consumo de sustancias a lo largo de la vida, así como el consumo y los problemas relacionados en los últimos tres meses. Además, permite identificar una serie de problemas relacionados con el consumo de sustancias, tales como intoxicación aguda, consumo regular, consumo dependiente o de 'alto riesgo' y conductas asociadas con inyectarse.

En resumen, ofrece información sobre diferentes aspectos, a saber:

- Pregunta 1 (P1): ¿cuáles sustancias ha consumido alguna vez a lo largo de la vida?
- Pregunta 2 (P2): ¿con qué frecuencia se ha consumido sustancias en los últimos tres meses? Lo que indica las sustancias más importantes para el estado de salud actual.
- Pregunta 3 (P3): ¿con qué frecuencia ha sentido un fuerte deseo o ansias de consumir cada sustancia en los últimos tres meses?
- Pregunta 4 (P4): ¿con qué frecuencia el consumo de sustancias ha causado problemas en los últimos tres meses?
- Pregunta 5 (P5): ¿con qué frecuencia se dejó de hacer lo que se esperaba habitualmente por el consumo de sustancias en los últimos tres meses?
- Pregunta 6 (P6): si algún amigo, familiar o alguien más ha mostrado preocupación por los hábitos de consumo y qué tan reciente ha sido.
- Pregunta 7 (P7): si se ha intentado alguna vez reducir o eliminar el consumo de sustancia y no se ha logrado y qué tan reciente ha sido.
- Pregunta 8 (P8): si alguna vez ha consumido alguna droga por vía inyectada y qué tan reciente ha sido.

La puntuación final se obtiene por medio de la suma de las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7. Los resultados de la pregunta 8 no cuentan para la puntuación general, pero el consumo por vía inyectada (P8) es un indicador de alto riesgo y se asocia con un mayor riesgo de sobredosis, dependencia, virus en la sangre (VIH y hepatitis C) y con niveles más altos de otro tipo de problemas relacionados con las drogas. Si un usuario se ha estado inyectando con regularidad en los últimos tres meses, puede que haya que derivarlo a un servicio especializado para evaluación y tratamiento. En los capítulos 14 y 15 de este manual se podrá obtener más información sobre el tema.

Para la mayoría de las personas la prueba de detección se puede completar en un tiempo de entre cinco y diez minutos, lo cual les permite asistir a la consulta general.

Razones fundamentales para realizar la prueba de detección de consumo de sustancias

La carga que para la salud pública representa el uso de sustancias en todo el mundo es considerable. El consumo excesivo de alcohol y de otras sustancias también son factores de riesgo para una gran variedad de problemas sociales, económicos y legales, así como para mantener relaciones interpersonales y familiares. Mundialmente se ha detectado una tendencia hacia un mayor consumo de estas sustancias, ya sean combinadas o solas, lo que aumenta aún más los riesgos y las consecuencias negativas para los individuos y la sociedad.

La prueba de detección tiene por objeto detectar problemas de salud o factores de riesgo en una etapa temprana, antes de que causen enfermedades graves u otros problemas, y contribuye a mantener las actividades de práctica de prevención en los ámbitos de la atención de salud. La OMS ha identificado una serie de criterios para determinar si se debe hacer la prueba de detección de consumo de sustancias.

Criterios para la detección

- El consumo es un problema considerable que daña la salud y el bienestar de los individuos y de la comunidad.
- Hay tratamientos o intervenciones aceptables y disponibles para los usuarios con resultados positivos.
- La identificación e intervención tempranas tendrán mejores resultados que el tratamiento posterior.
- Siempre hay una prueba de detección disponible que sea adecuada para los usuarios.
- La prueba de detección debe estar disponible a un costo razonable.

El consumo de sustancias riesgoso y nocivo cumple todos estos criterios, y la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias puede considerarse como una extensión de las actividades de detección en la atención primaria de salud.

¿Quién administra ASSIST?

El ASSIST puede ser administrado por los profesionales de atención primaria de salud y por cualquier otro profesional de la salud que se encuentre ante personas que consumen sustancias de manera riesgosa o dañina, o por los que trabajan con personas cuyo consumo de sustancias puede colocarlos en un mayor riesgo de daños comparados con el resto de la comunidad. Los profesionales de la salud de la comunidad, profesionales de la salud mental, enfermeras, trabajadores sociales, médicos y generalistas, psicólogos, personas que trabajan con jóvenes e indígenas, psiquiatras, obstetras, parteras, asesores, trabajadores del servicio penal y todos los que trabajan en la prevención del uso de drogas y alcohol podrán realizar la prueba de detección.

Muchos problemas comunes de salud vistos en servicios de atención primaria pueden empeorar por el consumo de sustancias psicoactivas, y la prueba de detección brinda la oportunidad de educar a los usuarios sobre los riesgos del consumo excesivo de alcohol u otras sustancias.

Problemas relacionados con el consumo de sustancias

La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias

(ASSIST) es la primera prueba de detección para todas las sustancias psicoactivas usuales. Los trabajadores de la salud deben estar conscientes de los motivos del consumo de sustancias psicoactivas, ya sea por sus efectos placenteros o deseables, para bloquear un dolor físico o psicológico, o bien por la función o el propósito de las sustancias.

Por ejemplo, las personas que consumen psicoestimulantes pueden hacerlo para aumentar el rendimiento, permanecer despiertos o bajar de peso. Sin embargo, los problemas por el consumo de sustancias pueden surgir como resultado de una intoxicación aguda, consumo regular o dependencia y por la manera en que se consumen, y es posible que una misma persona tenga problemas por todas esas causas. Por tanto, la prueba ha sido diseñada para detectar los problemas relacionados con los hábitos de consumo de sustancias mencionados anteriormente.

Intoxicación aguda

Los problemas relacionados con la intoxicación aguda pueden surgir como resultado de un solo episodio de consumo de drogas, a saber:

- como ataxia, vómito, fiebre y confusión;
- sobredosis y pérdida de conciencia;
- accidentes y lesiones;
- agresión y violencia;
- prácticas sexuales no seguras;
- conductas impredecibles.

Consumo regular

El consumo regular de sustancias puede causar una gran variedad de problemas físicos, sociales y de salud mental, entre ellos:

- problemas específicos físicos y de salud mental;
- tolerancia;
- ansiedad, depresión, cambios del estado de ánimo, irritabilidad;
- problemas para dormir;
- dificultades económicas;
- problemas con la ley;
- problemas en las relaciones interpersonales;
- dificultades para mantener un trabajo o con los estudios;
- problemas cognitivos relacionados con la memoria o la atención.

Consumo dependiente

Los problemas que surgen por el consumo dependiente de una sustancia pueden ser semejantes a los observados por el consumo regular, aunque más severos. Por lo general, la dependencia está relacionada con el consumo más frecuente de una sustancia y en dosis más altas, y los

problemas relacionados son los siguientes:

- marcada tolerancia;
- problemas serios de salud física y mental;
- aumento en la disfuncionalidad de la vida cotidiana;
- deseos intensos o ansias, y aumento en el deseo de consumir;
- no se cumplen las obligaciones normales;
- comportamientos criminales;
- rupturas en las relaciones personales;
- dificultad para dejar de consumir a pesar de los problemas;
- posible síndrome de abstinencia cuando se deja de consumir;
- consumo continuo a pesar de la evidencia de que el consumo causa daños a la persona.

Síndrome de Abstinencia

Los síndromes de abstinencia varían según la droga implicada, pero generalmente son los siguientes:

- deseos fuertes o ansias (un deseo urgente de la sustancia psicoactiva o sus efectos);
- ansiedad, irritabilidad;
- molestias gastrointestinales y problemas para dormir.

La severidad de los síntomas depende de las drogas.

Riesgos asociados con inyectarse

Inyectarse cualquier droga también es un factor de riesgo importante y está asociado con una mayor probabilidad de:

- dependencia
- sobredosis
- psicosis
- venas colapsadas
- infección
- local
- abscesos y úlceras sistémica
- VIH
- hepatitis C

Problemas de salud específicos relacionados con cada sustancia

Los riesgos para la salud por el consumo de sustancias son el punto principal, pero hay que tener presente que el consumo de sustancias también está relacionado con problemas de índole social, legal y

económica. Puede que existan otros efectos pertinentes a cada usuario que quizá no se hayan mencionado, como por ejemplo, los efectos criminales que puede causar el consumo de sustancias en la población carcelaria, o los impactos sociales y familiares que el consumo de sustancias puede tener para los servicios de salud familiar e infantil.

Los trabajadores de la salud que hacen la prueba de detección y vinculan la intervención breve deben estar conscientes de los efectos que el consumo de sustancias causa en los usuarios a los que les brindan atención, y proporcionarles la prueba y la intervención breve vinculada cuando sea necesario.

Presentación del ASSIST

El ASSIST está acompañado de una presentación establecida (a continuación), que puede ser leída al usuario o parafraseada por el trabajador de la salud en tanto:

- entregue al usuario la tarjeta de respuestas del cuestionario ASSIST;
- explique la lista de sustancias y los términos comunes utilizados;
- explique que las preguntas se refieren a los últimos tres meses y a lo largo de la vida;
- explique que las preguntas se refieren sólo al consumo sin receta médica;
- explique los límites de confidencialidad.

Hasta ahora el ASSIST ha sido validado solo en forma de entrevista, ya que no se ha determinado aún si puede hacerse de manera auto-administrada. Sin embargo, el formato de entrevista tiene muchas ventajas y puede utilizarse aun cuando los usuarios tengan niveles bajos de alfabetización.

El trabajador de la salud puede explicar las preguntas que no se entiendan bien y hacer preguntas inquisitivas para aclarar las respuestas incoherentes o incompletas.

Resumen: Diagrama de aplicación



Anexo 1

NORMATIVA VIGENTE

Ley 23.737 conocida como la Ley de Drogas o Estupefacientes

La Ley 23.737 fue sancionada en el año 1989 y rige la prevención, el asunto de la comercialización y penaliza la tenencia y el tráfico de estupefacientes. Pero tiene la particularidad de dejar de ver al adicto como un delincuente y pasar a tomarlo como un enfermo. Anteriormente, la Ley 20.771 sancionada en 1974, denominada Ley López Rega, consideraba al adicto como un delincuente, era una ley que criminalizaba al consumidor. El médico estaba obligado a denunciar ante la justicia a toda persona que recurriera a pedir asistencia y tratamiento por consumo de sustancias. Era una ley de carácter punitivo.

El debate actual pasa por eliminar la pena a la tenencia para el consumo personal. El argumento es que en vez de destinar recursos a la punición de la tenencia para el consumo se oriente a la lucha contra el narcotráfico. Además, sigue vigente a pesar de los cambios en la Ley 23.737 una mirada del consumidor como delincuente lo que dificulta la asistencia. Existe una tensión insoslayable a la hora de evaluar las normas sobre el consumo de sustancias. Por un lado, tenemos el derecho individual de cada persona a consumir sustancias pero también, por otro lado, está el derecho colectivo a la salud. El Estado debe tener alguna herramienta para poder ingresar en el ámbito privado de la persona con el fin dar asistencia.

Existen proyectos de modificación a la Ley de Estupefacientes 23.737. En particular, se busca modificar los artículos que penalizan la tenencia para consumo personal, el denominado “auto cultivo” y derogar aquellos que establecen las medidas de seguridad coactivas. Se sostiene que la norma pone al consumidor en el lugar de delincuente tal como lo hacía la Ley 20.771 y desde ese lugar lo margina a usuario, haciendo muy difícil cualquier intervención en materia de asistencia y prevención.

Despenalizar el consumo personal deriva en que se puedan elaborar políticas públicas en consumo problemático de sustancias desde las

áreas de salud y desde un trabajo interdisciplinario. Además, impide que las políticas se lleven adelante desde un enfoque inclusivo, alejándonos de los prejuicios y la estigmatización. Se procura el desarrollo de espacios para la prevención para el conjunto de la comunidad y dispositivos de proximidad para el vínculo y la accesibilidad al sistema sanitario por parte de la población afectada por la problemática.

Ley Nacional de Salud Mental N° 26657

Decreto reglamentario 603/2013

La reglamentación ayuda a profundizar el proceso iniciado por la ley, estableciendo algunos mecanismos y pautas concretas de implementación, junto a políticas específicas para su correcta aplicación.

Uno de los grandes problemas que veníamos acarreado en el área de salud mental estaba dado por el hecho de que así como muchas personas vivían en encierro en instituciones especializadas, la política de salud mental misma estuvo encerrada sobre sí misma sin establecer vínculos con la política de salud y la política sociales en general.

La ley salda ese problema planteando la intersectorialidad. Su reglamentación establece que no sólo el Ministerio de Salud es responsable del área incluyendo la participación activa de once organismos gubernamentales más que se dedicarán al tema de salud mental, organizados en distintos ámbitos de discusión y trabajo. Siete de esos doce organismos tienen rango de Ministerio Nacional. Pero además de los espacios gubernamentales participan organizaciones de usuarios y/o familiares, organizaciones de profesionales y otros trabajadores, organizaciones de derechos humanos y organizaciones con incumbencia en la temática.

Los organismos que pone en marcha la reglamentación

Los organismos que la reglamentación de la ley crea para su concreción y puesta en marcha son cuatro: la Comisión Nacional Interministerial, el Consejo Consultivo Honorario, el Órgano de Revisión y la Comisión

Conjunta de Habilitación y Fiscalización.

La Comisión Nacional Interministerial depende de Jefatura de Gabinete de Ministros y es presidida por el Ministro de Salud de la Nación. Se conforma por el Ministerio de Salud, el Ministerio de Desarrollo Social, el Ministerio de Trabajo y el Ministerio de Educación. Tiene como objetivo coordinar planes de prevención y planes de inclusión socio-laboral. La comisión se reúne al menos una vez por mes en la jefatura de gabinete. Cada Ministerio de rango nacional se ocupa de planificar las acciones que le correspondan con presupuesto propio.

La reglamentación crea un consejo Consultivo Honorario conformado por organizaciones de la comunidad con incumbencia en la temática, familiares y usuarios reunidos en organizaciones no gubernamentales junto a sindicatos, centrales o confederaciones de trabajadores. Su propósito es realizar propuestas a las autoridades gubernamentales y exponer políticas ante la organización. El consejo se reúne al menos una vez cada tres meses en el Ministerio de Salud y es presidido por el Ministro de Salud. El propósito de esta participación es previo a la implementación de acciones y con miras a la planificación de políticas y aplicaciones concretas.

El Órgano de Revisión se ocupa del control de la aplicación de la ley y sobre todo, del control de internaciones prolongadas. Puede entrar a las clínicas sin que sea impedido su ingreso y denunciar ante la justicia a funcionarios que no cumplen con obligaciones (por ejemplo, jueces ante el concejo de la magistratura), pedir intervención de la defensoría, realizar un informe anual con recomendaciones a salud, proteger a las personas en proceso de cuestionamiento de capacidad jurídica y apoyar a las provincias para que conformen su propio órgano de revisión. Depende de la defensoría general de la nación; por lo tanto, no depende del poder ejecutivo. Es presidida por la defensoría a través de su Secretario Ejecutivo. Está integrada por un representante del Ministerio de Salud, uno por la Secretaría de DDHH, uno por el Ministerio Público de la Defensa, usuarios y familiares, profesionales y otros trabajadores y organizaciones de DDHH. Este órgano se reúne al menos una vez por mes.

La Comisión Conjunta de Habilitación y Fiscalización depende como su nombre lo indica conjuntamente del Ministerio de Salud y la Secretaría de DDHH. Está integrada y presidida por ambos organismos estatales. Su función es elaborar estándares de habilitación y protocolos y fiscalización del funcionamiento de las instituciones públicas o privadas. Se encarga de definir con claridad a partir de qué criterio una institución puede o no funcionar.

La creación de la comisión avanza sobre el control sobre todo en lo que hace a instituciones dedicadas a la asistencia de adicciones donde hasta hace unos años solo se controlaba aquellos dispositivos prestadores del Estado u obras sociales, dejando fuera una gran cantidad de espacios.

La idea es conformar protocolos y formas de control que aplique instrumentos fuertes en todas las jurisdicciones.

Existe otra instancia de trabajo conjunta más, conformada entre el ministerio de salud y ministerio del interior. Es el Registro Nacional para la búsqueda de Identidad y Filiación. Su objetivo es el seguimiento permanente de búsqueda de datos de identificación y filiación de personas con padecimientos mentales. Unos de los problemas que hemos observado en las instituciones es que hay personas que no pueden dar cuenta de su filiación o vínculos familiares. La idea es buscar la identidad y obtener el DNI y filiación de esas personas. Mientras no se dé solución a su problema estas personas permanecerán en el registro.

La ley rompe las relaciones de fuerza que funcionaban hacia dentro del campo de salud mental ampliando la participación y la calidad y cantidad de actores que se ocupan de la temática. Las organizaciones de derechos humanos y de usuarios y familiares ya no padecen de las políticas de salud mental sino que son actores activos en su formulación e implementación. La reglamentación actualiza y da concreción a la participación.

Tenemos entonces, una Ley Federal que establece un cumplimiento obligatorio para todas las provincias y CABA. Esto implica que las distintas jurisdicciones deberán hacer los cambios y reajustes necesarios para concordar con el marco de la Ley.

Es menester ver entonces qué deben hacer las jurisdicciones para dar cumplimiento a la Ley:

Los organismos

Se espera que cada provincia, incluyendo la CABA, pueda crear su propio Órgano de Revisión, respetando el criterio de multisectorialidad y autonomía respecto a los servicios que debe revisar. Este órgano no tiene por qué ser igual al nacional. El órgano nacional depende del Ministerio Público de la Defensa que es autónomo respecto del Poder Judicial. Aquellas jurisdicciones que tengan el Ministerio Público de la Defensa dependiendo del Poder Judicial deberán hallar otra forma de pertenencia de la institución puesto que no tiene mucho sentido que haya un nexo entre defensa y justicia dado que la justicia es uno de los espacios controlado por el órgano. No tiene sentido superponer incumbencias. En el mismo orden tampoco tiene caso que este órgano dependa del Ministerio de Salud. Por otra parte, es deseable que no haya en el órgano mayoría de los actores estatales. Conviene ampliar la participación de familiares, pacientes y organizaciones de la sociedad civil.

Cada jurisdicción debe crear su Consejo Interministerial incluyendo

distintas áreas. También un Consejo Consultivo Multisectorial en el que estén representadas las organizaciones de la sociedad civil para tener participación en todas las discusiones sobre la temática.

Cada provincia deberá designar su propio equipo de abogados. Son los abogados que se ocupan de representar a las personas internadas involuntariamente. A nivel nacional este equipo está funcionando y tiene como ámbito de aplicación sólo la CABA. El equipo ha recolectado vasta experiencia que puede compartir con las provincias. Son abogados formados en el marco de la Ley y el nuevo paradigma del sujeto de derecho en salud mental. Esto puede evitar internaciones innecesarias y ciertas prácticas fuera de lugar.

Cada provincia debe incrementar su presupuesto de salud mental hasta llevarlo a un 10% según marca la Ley para el presupuesto nacional.

Crear equipos interdisciplinarios en todas las jurisdicciones. En aquellos lugares donde no haya equipos la Ley prescribe plazos para su conformación. De no existir en determinado lugar uno, esto no justifica la derivación. Siempre se da prioridad a la atención en el contexto con los recursos que hay en la comunidad.

Como requisito para recibir asistencia de nación, las provincias deben:

- Armar un plan y un plazo de sustitución de sus unidades monovalentes con un plazo no mayor al 2020.
- Habilitar servicios en hospitales generales.
- Colaborar en la realización del censo.

Obras sociales y prepagas

Es fundamental adecuar la cobertura de las obras sociales. Es importante tener presente que tenemos obras sociales nacionales y las prepagas privadas que son controladas por la Superintendencia de los Servicios de Salud. Pero cada una de las provincias tiene sus obras sociales provinciales que no pueden ser fiscalizadas o modificadas por la Nación. Entonces, es responsabilidad de cada provincia velar por que cada obra social provincial se ajuste a la Ley de Salud Mental, realizando los cambios necesarios en sus prestaciones y servicios.

En cuanto a las obras sociales y prepagas ellas deben:

- Dar acceso a las prestaciones sin necesidad de certificado de discapacidad.
- Retirar de Programa Médico Obligatorio prestaciones contrarias a la ley (por ejemplo, el electroshock).

- Fijar política de aranceles que favorezcan la creación de dispositivos sustitutos.
- Auditar a los prestadores para que cumplan la ley.
- Identificar afiliados con internaciones prolongadas o en monovalentes y fijar plazos de externalización. O de inclusión en otro tipo de dispositivos. Se les pide que haga un registro y elabore un plan para externar afiliados de los monovalentes.

Las instituciones asistenciales

Cada uno de los hospitales y las clínicas tiene que brindar información acerca de las prestaciones, los derechos, y donde realizar consultar.

Hay que entregar al personal copia de la ley y su reglamentación.

Contar con un libro de quejas como hay en muchos lugares para dejar asentada alguna situación irregular.

Cerrar las salas de aislamiento. No puede haber instituciones con celdas de aislamiento.

Disponer de telefonía gratuita.

Modificar normas que limiten las visitas o llamados.

Cada provincia deberá colocar los números correspondientes en un cartel informativo.

Sobre la política de adicciones

La Ley incorpora como parte de las políticas de salud mental algunas definiciones importantes en materia de adicciones de avanzada que modifican el paradigma que plantea la Ley de drogas y la reglamentación profundiza eso. Veamos:

- La atención tiene que estar basada en una perspectiva de salud integral.
- El eje tiene que estar puesto en la singularidad, más allá del tipo de adicción. En lugar de centrarse en la sustancia, sino en la relación que cada sujeto establece con ella y el contexto.
- Inclusión de dispositivos basados en la estrategia de reducción de daños. NO se trata de alentar el consumo sino de facilitar el cuidado del otro el cuidado llega hasta donde es posible o hasta donde el otro lo permite. No se puede dejar sin atención porque la persona no pueda curarse totalmente.

Tratamiento de las personas inimputables o privadas de la libertad

La creación de dispositivos debe incluir el acceso de personas declaradas inimputables o privadas de su libertad por procesos penales. Esto quiere decir que cada jurisdicción debería elaborar programas especialmente diseñados para cubrir las necesidades de estas personas.

La adaptación y sustitución de los hospitales monovalentes

Este es un punto que ha generado mucha resistencia en la comunidad. Existen oposiciones lisa y llanamente o aceptación pero un modo de operar en la práctica que se contradice con tal aceptación. La ley plantea adaptación en principio pero la sustitución definitiva en un plazo fijado por la OPS en Panamá.

La reglamentación prevé un plazo de sustitución definitiva que se extiende hasta el año 2020.

Esto implica la capacitación del personal que hoy se desempeña en los hospitales monovalentes para que puedan trabajar en los nuevos dispositivos a crear.

El plan de adaptación debe ser congruente con el objetivo de sustitución. Cada vez debe haber menos inversión en los monovalentes para que el dinero vaya a la red de dispositivos sustitutivos.

Formación y desconcentración gradual de recursos humanos insumos y espacios de formación de grado y postgrado (residencias, pasantías) hacia los dispositivos. No tiene sentido seguir formando a los profesionales de salud mental en las viejas instituciones. Se trata de ir reduciendo los espacios de formación que hoy funcionan en los monovalentes para habilitar cada vez más espacios en los hospitales generales, centros de salud barriales, centros de día, las casas de medio camino, en todos los nuevos dispositivos.

Respecto de la formación universitaria a pesar de la autonomía de las casas de altos estudios necesitamos que ellas acompañen el proceso. El Ministerio de Salud elaborará las recomendaciones para la adecuación de los planes de estudio de las carreras vinculadas a la salud mental tanto para las carreras de grado como las de postgrado.

Mantener durante todo el proceso los máximos estándares éticos, técnicos y humanitarios de atención a las personas internadas.

En cuanto al trabajo interdisciplinario en equipo se espera que cada profesional asuma las responsabilidades según su formación e incumbencias. Se sostiene que la labor se enriquezca en el intercambio.

Diagnóstico interdisciplinario integral

Es la descripción de las características relevantes de la situación particular de la persona y las probables causas de su padecimiento o sintomatología, a partir de un examen que articule la mirada desde las diferentes disciplinas que intervienen.

La reglamentación sostiene que el diagnóstico debe incluir un tratamiento caso por caso, teniendo en cuenta las particularidades de cada persona. No podemos seguir utilizando el DCM porque no corresponde a un estándar surgido de un organismo oficial. En el caso en que se deba incluir clasificaciones, el Ministerio de Salud recomendará el empleo de estándares. Hay todo un debate pendiente acerca de cómo hacer esto y qué marco de referencia tomar. Es algo a construir a partir de intercambios interdisciplinarios.

Los profesionales firmantes del informe deben integrar el equipo interdisciplinario, incluyendo conclusiones conjuntas.

Acerca del riesgo cierto e inminente. ¿Cuándo internar?

La Ley sostiene que las internaciones deben ser con consentimiento como regla pero sabemos que existen casos en que existe riesgo cierto e inminente de peligro para sí o para terceros en los que la persona puede ser internada sin consentimiento. Son situaciones en las que se da una contingencia o proximidad de daño que es conocido como verdadero, seguro e indubitable, perjuicio para la vida o integridad física. El riesgo cierto e inminente deber provenir y relacionarse con un padecimiento mental.

Respecto a la actuación de la fuerza pública, existe un protocolo elaborado por el Ministerio de Seguridad de la Nación frente a situaciones de crisis de salud mental de forma prudente y subsidiaria a la actuación del equipo de salud. Utilizando mínimamente la fuerza.

Hay dos situaciones que implican notificación obligatoria a la autoridad: es el caso de las personas NN y por otro lado, cuando tenemos pacientes en situación de obtener un alta y esa se ve demorada por situaciones de falta de vivienda, etc.

Los niños, niñas, adolescentes pueden dar su consentimiento a pesar de ser menores de edad. Pero en caso de internación siempre es con control judicial. Si está de acuerdo debe informarse al juez quedando registro de ello.

Las visitas de las personas internadas

La ley habilita el máximo grado de acompañamiento. Las restricciones no pueden ser una norma, deben estar debidamente fundamentadas. La restricción del familiar desde lo terapéutico no implica la negación de permitirle observar el desenvolvimiento de la institución.

Ley 26.934 IACOP o Ley de abordaje integral de consumos problemáticos

El Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos (Plan IACOP) fue creado con el objeto de alcanzar a todo el país con el objeto de prevenir los consumos problemáticos, asistir en forma gratuita a las personas que lo sufren e integrarlos a la sociedad. La SEDRONAR es el organismo responsable de llevar adelante todas las políticas nacionales de lucha contra las adicciones y por lo tanto, es el responsable del Plan. Los establecimientos de salud pública, las obras sociales y las prepagas deben dar gratuitamente el tratamiento al consumo problemático. Y todas las prestaciones que necesita una persona están incorporadas al Programa Médico Obligatorio (PMO).

El tratamiento debe evitar que la persona se sienta estigmatizada por ello, debe ser ambulatorio, sin internaciones. En sintonía con la Ley Nacional de Salud Mental se busca que la internación sea el último recurso cuando falla todo lo demás. Se debe trabajar junto a la familia y en el contexto en el que la persona se desenvuelve. El Plan tiene como objetivo integrar a la persona a actividades educativas y/o laborales gratuitas. Para facilitar esta integración existen becas de estudio, orientación ocupacional, talleres, charlas.

Por otra parte, se procura aplicar el modelo de reducción de daños; esto es, hacer todo lo necesario para mejorar la calidad de vida de la persona y prevenir cualquier daño asociado a la conducta problemática. Las personas con consumos problemáticos tienen todos los derechos y garantías que establece la ley de salud mental 26.657.

El Plan refuerza muchos de los principios establecidos en la Ley Nacional de Salud Mental al colocarse en una posición de descriminalización, observando los derechos de los sujetos, y ofreciendo herramientas y recursos concretos para el abordaje de la temática de los consumos problemáticos. A su vez, incorpora una mirada interdisciplinaria, interjurisdiccional e intersectorial, vinculándose los efectores sanitarios con las instancias de prevención, desarrollo e integración educativa y laboral.

El Plan fortalece diferentes dispositivos de seguridad social, estableciendo que “todos los establecimientos de salud públicos, las obras sociales

enmarcadas en las Leyes N° 23.660 y N° 23.661, la Obra Social del Poder Judicial de la Nación, la Dirección de Ayuda Social para el Personal del Congreso de la Nación, las entidades de medicina prepaga conforme lo establecido en la Ley N° 26.682, las entidades que brinden atención al personal de las universidades y todos aquellos agentes que brinden servicios médicos asistenciales a sus afiliados, independientemente de la figura jurídica que tuvieren, deberán brindar gratuitamente las prestaciones para la cobertura integral del tratamiento de las personas que padecen algún consumo problemático, las que quedan incorporadas al Programa Médico Obligatorio (PMO)”.

Anexo 2

Aspectos generales sobre política y legislación sobre adicciones

Introducción

Hasta fines del siglo XIX no existía la clasificación entre drogas lícitas e ilícitas. Todas las drogas y sustancias psicoactivas estaban a la venta en las farmacopeas y boticas del mundo. Había controles e impuestos aduaneros para introducir sustancias en un determinado país, pero no había listados de sustancias bajo fiscalización y control tal como hoy conocemos en el sistema.

El sistema internacional de fiscalización de estupefacientes comenzó a mutar en interestatal desde hace más de 100 años, al principio con pocos países signatarios luego, ampliando sus miembros hasta convertirse en un régimen hegemónico. Integrado por tres convenciones internacionales, ha fundado su accionar en un paradigma prohibicionista con marcado sesgo punitivo a través de la vigencia del principio de disuasión y la amenaza de castigo vía aplicación de la ley penal. Ello ha fracasado rotundamente tanto en sus objetivos inicialmente perseguidos (salvaguardar la salud pública y la seguridad) cuanto en la instrumentalidad de sus acciones al provocar consecuencias catastróficas en diversos ámbitos (derechos humanos, medio ambiente, salud pública). Esta visión tenía como ideal normativo la abstinencia y perseguía la erradicación definitiva de las drogas como horizonte político.

Se dice que el régimen internacional sobre drogas es un “localismo globalizado” porque su basamento fundamental está dado por la visión que se tenía acerca del fenómeno en la sociedad anglosajona (fundamentalmente la estadounidense) a principios del siglo XX, donde se veían los consumos excesivos como síntomas de debilidad e impureza; además de considerar ciertos consumos foráneos practicados principalmente por comunidades inmigrantes que confluían hacia Estados Unidos, como una amenaza cultural.

En paralelo en el orden temporal, las industrias médica y farmacéutica

desarrollaron un vigoroso proceso de consolidación, constituyéndose en autoridades incuestionable para la administración de la salud de la población, tornándose hegemónica la administración de medicamentos y por tanto, no permitiendo consumos al margen de las disposiciones emanadas de sus cenáculos y recomendaciones.

La confluencia de estos factores de naturaleza diversa posibilitó la emergencia del sistema que conocemos como prohibicionista, no porque estén prohibidas las drogas bajo fiscalización internacional, sino porque el uso de drogas al margen de las necesidades médicas y de investigación científica, fue proscripto.

El paradigma es elemental e implica que hay un conjunto de sustancias cuyo consumo es indeseable para la sociedad, y que ese consumo de sustancias, producción, tenencia, debe ser proscrito legalmente y deben los Estados adoptar legislaciones en consecuencia sobre esas sustancias.

La aplicación de este modelo ha tenido como resultado más violencia, el aumento de la población carcelaria y la erosión de los gobiernos alrededor del mundo vía corrupción institucional. Los daños a la salud derivados del consumo de drogas no han disminuido, sino que incluso han empeorado. La SEDRONAR aboga por un enfoque centrado en la salud pública, la seguridad ciudadana, los derechos humanos y el desarrollo, en consonancia con las recomendaciones emanadas de los organismos internacionales.

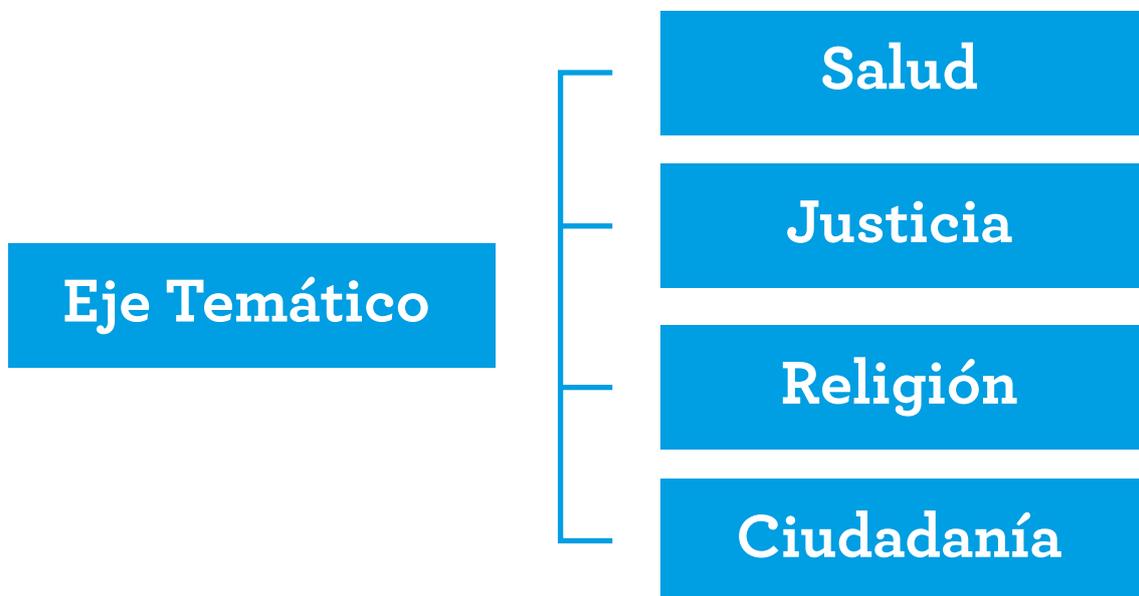
El sistema hegemónico prohibicionista se encuentra en crisis, pero continúa siendo la base de las legislaciones domésticas de la mayoría de los países del orbe. Paralelamente, desde una perspectiva académica, hay consenso unánime entre especialistas e investigadores que es hora de revertir la dirección que deben tomar las políticas de drogas represivas para los usuarios. La evolución hacia un sistema internacional de control de drogas más efectivo y moderno requiere el liderazgo de la ONU y de los gobiernos nacionales, que deben construir un nuevo consenso fundado en los principios fundamentales que permitan y estimulen la exploración de abordajes alternativos a la prohibición.

Sin embargo, la consolidación de la perspectiva punitiva alrededor del fenómeno de las drogas expandido por todo el mundo - por vigencia

de las convenciones internacionales - ha llevado a un primer plano la clasificación entre drogas legales e ilegales. Estas convenciones nos indican cuáles son las drogas que deben ser controladas por los Estados Nacionales, con la pretendida finalidad de evitar su desviación hacia canales ilícitos de comercialización o directamente hacia la producción de estupefacientes. Por ello, se ha desarrollado un complejo sistema de listados de sustancias que se encuentran incluidos en diferentes "Listas", las cuales han sido integradas por sustancias que no obedecen a patrones asociados estrictamente a temas de salud, sino que se han ponderado otros factores de orden subjetivo o de peligrosidad que han complejizado el sistema, restándole la coherencia que se tenía en miras inicialmente.

Sin embargo, el pensamiento social acerca del fenómeno de las drogas se ha desarrollado más antiguamente y obedece a diferentes miradas de otro orden, que merecen ser mencionadas porque dichas concepciones, con el correr del tiempo, cristalizaron en los diferentes modelos que ya han analizado en otros módulos de este manual.

Marcos de Pensamiento Social sobre las Drogas



Estas apreciaciones contienen raíces filosóficas vinculadas al desarrollo del pensamiento social que Siqueira ha sintetizado en el siguiente esquema, mediante cuatro modelos de esquemas que piensan los consumos relacionándolos con diversos marcos valorativos.

La primera mirada, desde la salud, ve al uso de drogas como una enfermedad y propone, como tratamiento, la clínica psiquiátrica. La segunda mirada es la de la justicia, la cual no ve el uso de drogas como una enfermedad sino como un delito y, por tanto, el tratamiento no es la clínica psiquiátrica sino la cárcel. La tercera mirada sobre las drogas sería la de las religiones, que no la ven como una enfermedad ni como un delito, pero sí como un pecado, pretendiendo imponer estándares de conducta a los seres humanos. Finalmente, un cuarto punto de vista se centra en la ciudadanía, y ve al consumo como un derecho. Esta última visión retoma principios como los de autonomía, libertad individual y pluralismo: los individuos son inherentemente libres y autónomos, por lo cual una ley no puede imponer de forma coercitiva un determinado comportamiento, salvo que se dañe la integridad de terceros. Las visiones centradas en la salud y la autonomía son retomadas por Hunt (2004), quien distingue dos tipos de filosofías respecto al consumo de drogas y derechos humanos: una visión de derechos débil, focalizada en el derecho al tratamiento y la salud de los usuarios; y una visión de derechos fuerte, que reconoce el derecho a consumir drogas. Estos grandes ejes acerca del pensamiento social sobre el uso de las drogas han influido decididamente en los modelos y paradigmas elaborados por teorías posteriores, así como en las legislaciones de los países. En nuestro país, la ley 23.737 (régimen penal sobre estupefacientes) en su art. 14, trata al usuario de drogas a partir de una doble categorización: por un lado, lo ve como delincuente que merece un tratamiento desde el orden jurídico-penal; por otro lado, lo mira como un enfermo que necesita un tratamiento médico. Ahí vemos como las corrientes de pensamiento acerca del tema drogas confluyen en una misma legislación

Convención Única de Estupefacientes de 1961

Convención sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971

Convención Internac. contra el Tráfico Ilícito de Drogas de 1988

El régimen internacional sobre el control de drogas a nivel global se encuentra regulado por tres convenciones internacionales. Su ratificación, por parte de la gran mayoría de los países ha implicado la irradiación y consolidación transnacional de los postulados emanados de aquéllas, que incluye medidas de carácter punitivo fuertemente influenciado por el modelo ético jurídico. Esta posición frente a la problemática ha fundado su marco teórico en principios de naturaleza moral, pretendiendo imponer un deber ser ideal (al rechazar determinados consumos de naturaleza privada) gestando actitudes sociales de aceptación o rechazo de la sociedad frente a los usuarios de sustancias psicoactivas y castigando a los transgresores.

¿Qué queremos decir con esto? Que los parámetros para establecer la legalidad o ilegalidad de las sustancias con principios psicoactivos que se elaboran y se transan en el mercado o se encuentran proscriptas del mismo, no obedecen a criterios estrictamente farmacológicos sino a otro tipo de consideraciones que incidieron desde comienzos del régimen en la conformación de las listas fiscalizadas. Ejemplo, la discusión acerca del nivel de prohibición y control del cannabis, que empezó a ser fiscalizado en Lista I, la más controlada y posteriormente ha sido reclasificada en la medida de la expansión de su uso médico y más contemporáneamente, su uso recreativo.

El régimen se ha desarrollado a partir de prohibiciones legales, con amenazas de sanción penal a todas las acciones componentes de la cadena de tráfico ilícito de estupefacientes desde la producción hasta la tenencia para consumo de sustancias psicoactivas ilícitas, cuando no sean con finalidades médicas o de carácter científico. Es decir que el uso recreativo, cultural, religioso, ritual o tradicional que viene registrándose en la humanidad durante miles de años ha sido proscripto de hecho por la legislación en vigor, ya que el consumo propio conlleva la tenencia previa de la sustancia. Pero, como veremos, se trata de un pretendido “disciplinamiento legal” con un objetivo que no se ha cumplido, ya que el consumo de drogas se ha expandido globalmente con efectos deletéreos para diferentes campos de interés colectivo (económico, social, político). Este desajuste entre el aparato legal y las realidades del mercado (la cantidad de consumidores aumenta todos los años según los sucesivos informes del World Drug Report) han creado brechas que se han traducido en avasallamiento a los derechos humanos y a las libertades individuales, estigmatización y discriminación de usuarios, falta de acceso efectivo a los sistemas de salud, y otros de carácter más sistémico, cuya descripción y análisis exceden esta exposición, tales como afectaciones al medioambiente y al desarrollo económico, expansión de redes criminales violentas, corrupción institucional y proliferación de lavado de activos, por mencionar sólo algunas consecuencias negativas del prohibicionismo.

Luego de más de 57 años de vigencia de los controles, el sistema se ha

revelado como incapaz de contener al fenómeno, de amesetar o disminuir el consumo y por supuesto absolutamente impotente para erradicar la problemática, tal como declaraba expresamente la Convención del 61 como un objetivo prioritario.

Con la intensificación de la guerra contra las drogas y el endurecimiento de las leyes penales después de la Convención de 1988, un número cada vez mayor de países comenzó a desviarse en la práctica del enfoque represivo de las convenciones con diversas propuestas reformistas de nivel nacional.

Cuestionamientos al Régimen Internacional

Reducción de daños

Despenalización

Derivación del sistema judicial hacia desarrollo social

Modificación de parámetros valorativos

- Derechos Humanos
- Proporcionalidad de las penas

Auge de drogas sintéticas

Inicialmente, el centro de gravedad de las reformas se situó en países de Europa, y en Canadá y Australia, donde la **reducción de daños** (programas de intercambio de agujas, sustitución con metadona, salas seguras de consumo, etcétera) se convirtió gradualmente en un componente aceptado de sus políticas para las drogas. Cabe aclarar que el surgimiento de estas políticas fue inicialmente resistido en forma unánime y la pandemia de VIH desatada a fines de los 80s brindó el escenario fatal, pero a la vez indispensable para ensayar alternativas frente al fracaso del abstencionismo para contener el contagio.

El segundo tipo de reforma de nivel nacional es la **despenalización**. En

varios países, la posesión de sustancias psicoactivas para uso personal dejó de ser un delito. Ello, en el entendimiento que un usuario de sustancias psicoactivas, en particular aquellas personas que se encuentran en situaciones de dependencia a las sustancias necesitan imperiosamente acceso efectivo a los sistemas de salud, a un buen tratamiento antes que a un proceso judicial que sancione su conducta y/o eventualmente lo castigue. En nuestro país se penaliza la tenencia para consumo en el art. 14 de la ley 23.737 pero paralelamente, el fallo Arriola emitido por la CSJN declara la inconstitucionalidad del citado artículo con fundamento en la preponderancia del Artículo 19 de la CN (derecho a la privacidad) como veremos más adelante. Esta contradicción entre norma y jurisprudencia impacta fuertemente en la eficacia de los sistemas de control y en el accionar mismo de las fuerzas de seguridad y policías en lo que hace a la operatividad del sistema y, también impacta más intensamente en los debates y posicionamientos ideológicos acerca de la conveniencia o no de mantener la penalización de dicha figura penal.

Un tercer tipo de reforma es *la derivación del sistema de justicia penal hacia la atención social y sanitaria de personas* que han cometido un delito no violento y de carácter menor impulsado por el consumo problemático de sustancias psicoactivas. Esto es consecuencia del abandono paulatino de un prohibicionismo compacto e intransigente y de la incorporación de servicios sociales y sanitarios con como ejes decisivos y núcleos temáticos relevantes en las políticas sobre drogas.

En cuarto lugar, algunos *países han comenzado a revisar sus leyes de drogas y las prácticas de aplicación de la ley con el fin de introducir principios de derechos humanos y proporcionalidad en las penas*. El objetivo de todos estos esfuerzos es el de disminuir la guerra contra las drogas y “humanizar” las políticas de control de drogas. En los últimos años, esta tendencia reformista se ha vuelto particularmente evidente en algunos países de América Latina que han comenzado recientemente a implementar importantes propuestas para reformar las leyes de control de drogas, o las están discutiendo. Actualmente existe una tendencia a asignar mayor preponderancia y jerarquía normativa a los tratados de derechos humanos que a las Convenciones sobre Drogas, entendiendo que la dimensión humanística del derecho internacional debe primar sobre aspectos sancionatorios plasmados en acuerdos entre países. El requisito de *proporcionalidad en las penas* se halla sólidamente arraigado en el derecho y las normas internacionales. El artículo 29 de la Declaración Universal de Derechos Humanos exige la proporcionalidad de las penas al disponer que: “en el ejercicio de sus derechos y en el disfrute de sus libertades, toda persona estará solamente sujeta a las limitaciones establecidas por la ley con el único fin de asegurar el reconocimiento y el respeto de los derechos y libertades de los demás, y de satisfacer las justas exigencias de la moral, del orden público y del bienestar general en una sociedad democrática”

Un quinto elemento que está cuestionando fuertemente al sistema es el *auge de las drogas sintéticas*, cuyo consumo expansivo y mutabilidad permanente impiden ejercer un eficaz sistema de fiscalización y control, dada la pesadez burocrática que padecen las convenciones internacionales y frente a la imposibilidad de generar un sistema de prevención frente a tal dinamismo e innovación continua. En promedio se tarda alrededor de dos años desde la detección de la nueva sustancia que circula en el mercado ilegal y su efectiva incorporación a las listas de sustancias de control nacionales. Durante esos dos años es posible en el mejor de los casos, que la droga haya pasado de moda y en el peor que haya causado muerte de jóvenes consumidores como ha sucedido en diversas fiestas de música electrónica en nuestro país. Por ello debemos ser creativos y actuar con celeridad para evitar situaciones en que las Convenciones se muestran impotentes.

La mayoría de los otros regímenes de tratados internacionales han incorporado *mecanismos de seguimiento y evaluación como las conferencias ordinarias de las Partes (COP)* para revisar los problemas de aplicación que encuentren los Estados. Pero las tres convenciones de control de drogas carecen de este tipo de mecanismos, que permiten que el sistema evolucione con el paso del tiempo.

Este carácter pétreo, rígido, incapaz de dar respuestas con celeridad y eficacia frente al dinamismo del mercado de las nuevas sustancias psicoactivas es uno de los aspectos más críticos de un sistema pensado para otras épocas, con un desarrollo más restringido de las industrias químicas y farmacéuticas y por supuesto con niveles de consumo de drogas muy inferiores a los actuales. Entonces, cuando los sistemas vigentes no dan respuestas a la realidad que están llamados a fiscalizar y controlar, se impone inexcusablemente su revisión y reemplazo por otro que en principio debería estar dotado de flexibilidad, así como de sistemas de monitoreo, evaluación y enfoques adaptativos permanentes. Un ejemplo de ello es la impulsión de sistemas de alerta temprana. En Argentina es monitoreado por la Dirección Nacional del Observatorio de Drogas, dependiente de la SEDRONAR, instituto que explicaremos más adelante.

Hasta hace poco, incluso discutir una reforma de las convenciones era un tabú político informalmente aceptado como necesario para preservar el delicado consenso de Viena en el área de control de drogas. Durante la última década, sin embargo, las grietas que se han abierto en este consenso se han ampliado tanto que, en casos como los de la regulación del cannabis en Uruguay y en los estados de Washington, Colorado, Oregón y Alaska, ahora se puede decir que se trata de violaciones de los tratados. Desde fines de 2016 se sumaron a esta tendencia de carácter más permisiva y porque no decirlo esencialmente fiscalista y recaudatoria, los estados de Maine, California, Massachussets y Nevada. Esto demuestra que las críticas al marco actual del control internacional de drogas ya

no se reducen a conversaciones susurradas en los pasillos de la CND - Comisión de Estupefacientes de Naciones Unidas -, sino que han pasado a la esfera estatal dando un giro radical en las políticas, que deja atrás el paradigma prohibicionista del régimen de tratados. No obstante, aún no se ha puesto en marcha un verdadero proceso de revisión de las convenciones. El riesgo de dilatar demasiado este paso es que cada vez se están haciendo más fuertes las tensiones entre las convenciones y las decisiones y prácticas de los países, generando malestar político entre unas naciones y otras, y entre los organismos de la ONU y los Gobiernos que se atreven a proponer y a implementar medidas que chocan con los tratados. Todo esto va en contra de lo que es precisamente el objetivo de un tratado internacional: conciliar las diferencias y unir a la comunidad de naciones en torno a puntos de común acuerdo, por difícil que esto pueda resultar. (Cita2 Las Convenciones de la ONU TNI).

Pero más allá de estas tendencias, lo que existe hoy en día como máximo regulador legal a nivel global son las tres convenciones internacionales mencionadas y, por tanto, analizaremos la composición de los órganos de Naciones Unidas que intervienen en los procesos de fiscalización que aquellas establecen.

Los grandes players a nivel global en el campo de las Convenciones son los siguientes:

- Comisión de Estupefacientes (CND)
- Junta Internacional de Fiscalización de Estupefac. (JIFE)
- Organización Mundial de la Salud (OMS)
- Consejo Económico y Social (ECOSOC)
- Oficina Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD)
- Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD. OEA)

A grandes rasgos, la Comisión de Estupefacientes (CNE) es el órgano ejecutivo del sistema. La comisión decide qué sustancia ha de ser incorporada al sistema de fiscalización internacional, luego de analizar los informes que elevan los otros órganos que interactúan con ella. Está conformado por 53 países de los cuales Argentina forma parte. Las decisiones se votan y por tanto son tomadas por consenso. En el marco de este proceso de toma de decisiones, se introducen intereses de los países que llevan implícitos contenidos estratégicos comerciales y/o económicos, que pueden relegar aquellas consideraciones de orden estrictamente médicas, científicas o fundadas en los intereses estatales que resguardan la salud pública.

La JIFE se define como el órgano cuasi judicial de las Convenciones que tiene por misión fundamental la custodia del cumplimiento de los

tratados. Compuesto por trece personalidades desinsaculadas entre un listado que considera fundamentalmente antecedentes académicos de sus futuros miembros. Emite informes anualmente, donde en lenguaje diplomático establece el grado de cumplimiento de los tratados y/o “mira con preocupación” el incumplimiento de las naciones en cuanto a las directivas emanadas de aquéllas. Es un órgano conservador que ha sido poco funcional a la dinámica del fenómeno impide la ductilidad y adaptabilidad de los instrumentos a las situaciones que se dan en la realidad de los países, debido a un excesivo rigor formalista, según opinan muchos observadores.

La OMS es el organismo técnico de la tríada de grandes actores sobre el tema de las drogas. A través del Comité de expertos en farmacología realiza exámenes exhaustivos de las sustancias que los estados parte ponen a su consideración y emiten un informe recomendando incluir o rechazar dichas solicitudes. Se trata de análisis con alto grado de confiabilidad pues tienen como sustento evidencias objetivas y sus conclusiones se basan y en consideraciones científicas avaladas por sistemas y métodos que gozan de gran predicamento entre los investigadores de la especialidad.

El Consejo Económico y social (ECOSOC) actúa como entidad de segunda instancia cuando existen marcadas discrepancias entre los Organismos citados precedentemente. Sería como una instancia de apelación.

La Oficina Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD) y la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD - OEA) son órganos técnico-administrativos que emiten resoluciones, informes y recomendaciones sobre la problemática de las drogas y pertenecen a las estructuras burocráticas de Naciones Unidas y de la Organización de Estados Americanos. Tradicionalmente esta burocracia altamente profesionalizada influye en las orientaciones o toma de decisiones de aspectos programáticos en las cuestiones domésticas pues en general, los índices estadísticos son mayormente de naturaleza comparativa y cuantitativo, lo que condiciona fuertemente el componente competitivo entre países y regiones, aspecto que ha sido apreciado como un sesgo anacrónico de estas organizaciones que impiden visualizar consideraciones más específicas de la problemática. Al respecto, cabe destacar que CICAD se ha mostrado más receptivo a las necesidades regionales y como consecuencia se aprecia una marcada apertura hacia la exploración de políticas alternativas que en lugar de concentrarse en la medición cuantitativa, se construya con indicadores de orden cualitativo que reflejen aspectos socio demográficos para ser utilizados como insumo de los programas nacionales.

Normalización del consumo de drogas legales

La ampliación del sesgo punitivo cristalizado en la Convención de Viena del 88 tuvo su apoyo, correlato y difusión en la acción comunicativa de grandes medios de comunicación que patentizó y demonizó el consumo psicoactivo de drogas ilegales exacerbando su tasa de mortalidad y por ende la peligrosidad del mismo, sin discriminar por tipo de sustancia y sin tomar en consideración e invisibilizando prácticamente la abrumadora mayoría de víctimas por consumo de alcohol y tabaco. Este tratamiento diferenciado de ambos grupos de sustancias (legales e ilegales) también contribuyó a crear un dualismo irreductible en torno a un fenómeno de igual naturaleza: los consumos abusivos de sustancias. Resultado: la creación de dos categorías perfectamente diferenciadas: drogas buenas (lícitas) y drogas malas (ilícitas). Los medicamentos también recayeron y fueron clasificados en el lado bueno de la cuestión, por tratarse de sustancias avaladas por la industria médica y farmacéutica. Nadie repara vgr. que el principio activo de un medicamento opiáceo que controla el dolor contiene y comparte la misma naturaleza que la morfina y la heroína, que ésta fue recetada durante muchos años para tratamientos múltiples y que su uso indiscriminado puede llevar a procesos de dependencia muy agudos. Y ambas sustancias, una legal y la otra ilegal se extraen de la planta de la Adormidera. Empero, las representaciones sociales alrededor de uno u otras drogas son bien diversas.

Así, alcohol, medicamentos y tabaco (con buena prensa) por un lado y drogas ilícitas (condenadas) por otro, conformaron grupos antagónicos, polarizados, muy diferenciados, que trazaron una línea divisoria inquebrantable y caracterizaron las representaciones sociales alrededor de las sustancias psicoactivas.

El parámetro norteamericano que es el más estudiado del mundo establece que la mortandad total por drogas peligrosas es abrumadoramente inferior que las producidas por tabaco y alcohol. ¿Dónde están los esfuerzos? ¿Detrás de qué cosas estamos corriendo cuando hacemos las guerras contra las drogas? Por otro lado, la expansión del consumo meramente recreativo y tolerancia frente a las nuevas sustancias psicoactivas hace que amplios sectores sociales de la juventud de las grandes ciudades en particular, lo tengan incorporadas entre sus prácticas de sociales e interacciones, lo que disminuye la alarma de la sociedad e impacta negativamente en los modelos preventivos. Por ello, entendemos que los medios de comunicación tienen gran responsabilidad en identificar las diferencias y los verdaderos alcances que poseen las distintas sustancias psicoactivas, con la finalidad de informar con la verdad, al margen de sensacionalismos, búsqueda de impactos mediáticos o posiciones fundamentalistas ancladas en principios dogmáticos inconducentes, todo ello con el propósito de hablar del tema con la seriedad que se merece.

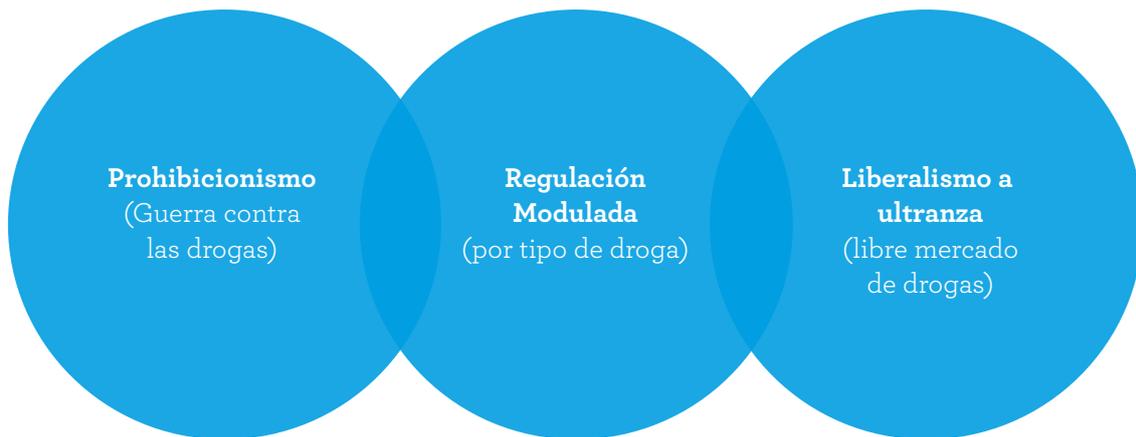
Este enfoque ha cambiado en los últimos años frente a recientes sucesos

trágicos (vgr. tragedia de time warp en Costa Salguero en el año 2016). Así, el tratamiento regulatorio del tabaco y el alcohol se ha profundizado drásticamente y hoy resulta común incorporar ambas sustancias al imaginario colectivo que las coloca en el ámbito de las drogas psicoactivas con potencialidad de generar procesos de dependencia devastadores. Hemos tomado conciencia de su peligrosidad y de su potencial de mortalidad, que encuentra sustento en estadísticas contundentes surgidas de organismos internacionales con competencia en la materia (OMS). En ese contexto, la labor de la Secretaría también dará primacía en su accionar al consumo de alcohol en los sectores de mayor vulnerabilidad. Así como a intensificar los sistemas de alerta temprana (SAT) en el caso de las Nuevas Sustancias Psicoactivas - NSP.

Esta dualidad discursiva según se tratara de sustancias psicoactivas legales o ilegales, el constante deterioro de los derechos humanos en las cárceles, frente a infracciones no violentas en detrimento del principio de proporcionalidad de las penas, el poder corruptor cada vez más influyente y sofisticado de las organizaciones criminales, el socavamiento institucional que se observa ante a la permeabilidad del fenómeno y los permanentes doble discursos de países centrales desde donde se comandan las acciones de legitimación de los activos generados por el tráfico de drogas, ha impactado en el credibilidad del régimen, cuya integridad fue puesta en dudas, posibilitando la búsqueda de enfoques alternativos.

Políticas Alternativas

Esto ha llevado a las sociedades y gobiernos a la exploración de otras vías de acción en el marco de los límites impuestos por el derecho internacional. El cambio más importante en el plano regional y local es un paulatino viraje hacia políticas alternativas. Estamos saliendo de un prohibicionismo duro, militante, compacto e intransigente. Y mirando hacia políticas de carácter más asistencial y preventivo, con énfasis en el usuario de sustancias, en la persona y no en la sustancia misma. Las sociedades reclaman que los grupos vulnerables encuentren respuestas satisfactorias a sus problemas de consumo y que no se vean criminalizados por sus prácticas sociales. En tal contexto, el enfoque comunitario es uno de los modelos que viene aplicándose exitosamente en la región, con fuerte consenso social, impulsando vigorosamente la reducción de daños como elemento clave de los procesos de integración y restitución de derechos. Podemos ejemplificar la experiencia reciente de los países de la región en abordaje comunitario (Ecuador, Bolivia, Uruguay, Colombia).



En el otro extremo del continuo se encuentra – insisto - el prohibicionismo, que supone la declaración de guerra contra las drogas, basada en el principio de disuasión, pretendiendo la quimérica erradicación definitiva de las sustancias psicoactivas ilegales de la faz de la tierra, fundando en doctrinas de seguridad nacional o seguridad ciudadana, que criminaliza a usuarios y se sustenta en el abstencionismo como ideal normativo. Que nadie consuma sustancias que lleven a procesos de dependencia, como objetivo político de largo plazo sería absolutamente compartido por todos quienes conocemos la potencialidad de las drogas para dañar la salud, pero ello ha resultado imposible en la práctica. Al contrario, muchas veces el tabú y la prohibición han sido funcionales a la consolidación del negocio ilícito, conformando un imperio subterráneo con ramificaciones que atentan contra la robustez institucional de cualquier país, dado el poder corruptor y los volúmenes de dinero involucrados. (México, por ejemplo).

“La Argentina no puede ni debe asumir ante sí y el mundo la lógica fútil y fracasada de la “guerra contra las drogas. Los argentinos no estamos en guerra entre nosotros y no deberíamos aceptar pelear la guerra de otros”

(J.G.Tokatlian11).

El citado profesor sostiene que *“No es admisible ni conveniente reducir una problemática polifacética y compleja a una contienda bélica, por más que el cuadro que se enfrenta a este nivel y en este momento parezca acuciante. Hablar de guerra implica la administración de una fuerza armada utilizada de manera sistemática para alcanzar un resultado: vencer al enemigo mediante la aplicación de violencia militar. Desde luego, el comercio de drogas ilegales y sus consecuencias tienen una dimensión peligrosamente violenta que no es del caso minimizar. Pero reducir el abordaje y el tratamiento del problema meramente a esto es simplificarlo y unilateralizarlo, lo que probablemente no conduce al éxito, como se ha demostrado ya, entre otros, en los casos de Colombia*

y México” (J.G.Tokatlian11), dos países que han asimilado plenamente el discurso hegemónico e incorporado a las fuerzas armadas en la lucha contra el narcotráfico. No tenemos por qué comprar una guerra exportada. En algunos lugares ese discurso resulta funcional a intereses económicos directa e indirectamente afectados por el dinero proveniente del narcotráfico, así vgr. el espiral de violencia mutuamente alimentado por la simbiosis introducción de drogas - venta de armas livianas, que se registra en la frontera México-EE.UU.

No les pedimos que sean soldados en una guerra. Este problema no es una guerra y, por ende, no necesita soldados. Por el contrario, queremos que sean operadores inteligentes ante una problemática grave, que tiene consecuencias nefastas para nuestra sociedad y que destruye la vida de muchas personas. Así, entendemos que la reciente legislación doméstica está encaminada en la correcta orientación. En efecto, tanto las funciones y misiones de Sedronar (Dec. 33/17), como las leyes de salud mental (Ley 26.657) y de consumos problemáticos (Plan IACOP Ley 26.934) ponen el derecho a la salud de usuarios de sustancias, pacientes o personas con procesos de dependencia a cualquier conducta compulsiva por encima de cualquier dispositivo, ya que el consentimiento voluntario para someterse a los tratamientos o intervenciones es un requisito legal, pero fundamentalmente un factor determinante en la consagración de derechos individuales.

Reafirmado el énfasis en el enfoque terapéutico puesto sobre el usuario o consumidor y sus derechos, se impulsa la creación de las Cortes de o Tribunales de Drogas en los ámbitos jurisdiccionales provinciales. En efecto, se trata de un fuero dependiente del Poder Judicial local (generalmente Juzgados de Garantías) que atenderá causas relacionadas con el tráfico ilícito de estupefacientes de menor gravedad, dotados de personal técnico y profesional especializado para dar mejores respuestas a la diversidad de casos emergentes. Tal especialización es consecuencia de la asignación de máxima relevancia a la problemática. Actualmente funciona un modelo experimental en la Provincia de Salta y es probable que se ensayen dichas iniciativas en breve en otras provincias. Tal enfoque de justicia terapéutica se encuentra en consonancia con una la nueva mirada política alrededor de la problemática, donde no es primordial castigar, sí lo es en cambio incluir, educar y curar. Para ello se dispone de gabinetes multidisciplinarios que colaboren directamente con las decisiones judiciales, donde la supervisión e intervención directa del magistrado en el monitoreo y evolución del tratamiento es una actividad reglada del proceso en resguardo de las garantías personales. Se utiliza el instituto procesal de la suspensión del juicio a prueba para que el procesado pueda elegir la opción por el tratamiento, en caso de estar de acuerdo a seguir las pautas terapéuticas preestablecidas.

Por el lado de la demanda, las políticas alternativas exploran un terreno poco transitado hasta el momento que podría servir de base para

bosquejar un enfoque que debe incluir de manera especial pero no exclusiva a la cohesión social, al desarrollo solidario y al bienestar de la ciudadanía. Es asimismo, tal como lo sostiene el abordaje comunitario, el del cuidado de los segmentos sociales vulnerables, en situación de riesgo y el del desenvolvimiento de adecuadas políticas públicas en materia de educación, salud, empleo, juventud, derechos humanos y justicia, entre otras. El abordaje intergubernamental, multisectorial e interdisciplinario de las políticas públicas, conformando dispositivos integrales, aparece como la mejor garantía para el acometimiento exitoso de las tareas a realizar para “frenar” el fenómeno de la expansión del consumo de sustancias.

Por ello podemos sostener que el problema de las drogas es un síntoma de algo mucho más hondo y su eventual superación requiere afrontar las dificultades y retos estructurales que lo nutren y multiplican. Esto implica comprender y validar el desarrollo humano de tal manera que se incrementen las “opciones de las personas para que puedan llevar vidas valiosas”. En breve, “el bienestar y la calidad de vida de las personas” debieran ser el núcleo a partir del cual se pueda afirmar que una determinada política o conjunto de políticas resulta exitosa.

En este marco está surgiendo tenuemente, incipientemente, lentamente, a través de enfoques alternativos una nueva política de la cual la reducción de daños es una de sus manifestaciones concretas.

La reducción de daños puede entenderse como una estrategia de trabajo para intervenir en el campo de las consecuencias individuales y colectivas, sociales y sanitarias derivadas del uso de drogas y de sus políticas de regulación, *como un paradigma político de referencias para comprender el fenómeno de las drogas y los mecanismos de control que las rigen.* (definición del Grupo Igía 2002). Pero hay que descartar de entrada nomás un prejuicio que sobrevuela permanentemente en nuestra cultura. No es que alguien que se pronuncie a favor de la reducción de daños venga con un maletín lleno de jeringas descartables y/o abogue por la terapia sustitutiva o la legalización de sustancias. **NO, EN ABSOLUTO.** Se trata de reconocer por un lado la ineficacia del sistema abstencionista luego de + de 50 años de vigencia y de no negar el uso de herramientas y dispositivos que han demostrado éxito en otros países y fundamentalmente, han ayudado a las personas a salir de situaciones acuciantes de procesos de dependencia. El sistema se encuentra vigente y está fuera de discusión en países centrales de Europa; no son chicos revolucionarios precisamente, son países conservadores que han comprendido que la reducción de daños ha contribuido a mitigar el gasto sanitario en salud y a paliar situaciones individuales acuciantes. Han dado un paso adelante, despojando de consideraciones morales a un asunto que es intrínsecamente de salud pública. El caso suizo y la resistencia inicial de la comunidad hasta la consolidación definitiva del sistema de cuatro pilares (prevención, asistencia, reducción de daños y cumplimiento de la ley).

Breve historia del enfoque paralelo: la reducción de daños.

En 1925 se adoptó la Convención internacional llamada “Opium Act” que limita el comercio de los opiáceos al monopolio médico-farmacéutico. Ahora bien, en Inglaterra vivían muchos militares retornados de la armada india, en la que se habían acostumbrado a consumir opio cotidianamente. El gobierno británico nombró en 1926 una comisión de expertos, el “Rollerstone Committee”, encargado de determinar las condiciones de una prescripción legítima de opiáceos por los médicos. Se establecieron dos condiciones. La primera justifica *una prescripción en dosis regresivas y durante un período limitado para facilitar una desintoxicación progresiva*. Ello no cuestiona el modelo de la abstinencia obligatoria. Por otro lado, la segunda condición es mucho más revolucionaria, ya que *señala que una prescripción es legítima cuando es necesaria para que el paciente lleve una vida normal y socialmente útil*. El uso de drogas ya no es considerado como un mal en sí, ya que se trata de reducir las consecuencias negativas de este uso. Ello inaugura un segundo modelo de intervención que recibirá más tarde el nombre de “reducción de riesgos sociosanitarios asociados al uso de drogas” o simplemente “reducción de riesgos”. “Informe Rolleston de 1926 (Reino Unido)”. Enciclopedia de drogas, alcohol y comportamiento adictivo.

El *Rolleston Committee* estableció las bases de un dispositivo de intervención integrando la prescripción de drogas como la heroína o cocaína, llamado British System. En base a ello, los clínicos británicos elaboraron una nueva teoría llamada de “maduración” (maturing out), según la cual **la toxicomanía es un proceso de maduración individual**. Se considera que la problemática del consumidor abusivo o toxicómano madura por sí sola con el tiempo y abandona espontáneamente su consumo sin intervención exterior. Según esta teoría, forzar una salida de la toxicomanía prematuramente, es decir antes que se acabe el proceso de maduración, no es solo inútil, sino a menudo nocivo ya que perturba la maduración. Observamos que el British System y la teoría de la maduración tienen un punto común que los distingue de la abstinencia obligatoria: no pretenden un abandono total y rápido del consumo, sino *una mejora de la gestión del consumo para reducir los peligros asociados*. En esta perspectiva, el consumidor no es ni un delincuente, ya que compra su producto legalmente en una farmacia, ni un enfermo ya que no solicita a la medicina ayuda para abandonar su consumo.

Así, los usuarios de drogas empiezan a ser ciudadanos, se los reconoce como interlocutores válidos, pueden dialogar con el sistema del que son pacientes, con los profesionales que realizan las intervenciones. Pueden decir “no”. El diálogo no es vertical, el diálogo es horizontal. La abstinencia no es el único fin que lograr, se puede lograr otro tipo de resultados más próximos, como hacer un consumo más higiénico, o evitar accidentes, o cambiar otro tipo de conductas vinculadas como las relaciones sexuales bajo el efecto de las sustancias.

Aquí observamos una colisión entre políticas arriba/abajo (convenciones) y abajo/arriba (reducción de daños) que propugnan soluciones de talla única aquéllas y diversificación con foco en las particularidades de cada país, éstas otras. Unas van desde las Convenciones hacia las políticas domésticas y se traducen en sanciones penales; las otras buscan soluciones desde los usuarios hacia arriba (down-up) , pretendiendo y proponiendo soluciones particulares con virtualidad de consolidarse institucionalmente en el largo plazo.

En el caso de nuestra legislación nacional, este abordaje ha tenido una consagración expresa en el Congreso Nacional, a través de la sanción de la ley 26.934 de Consumos Problemáticos. (Mencionar el Art. 10 inc. D) **“Incorporar el modelo de reducción de daños. Se entiende por reducción de daños a aquellas acciones que promuevan la reducción de riesgos para la salud individual y colectiva y que tengan por objeto mejorar la calidad de vida de los sujetos que padecen consumos problemáticos, disminuir la incidencia de enfermedades transmisibles y prevenir todo otro daño asociado, incluyendo muertes por sobredosis y accidentes”**

“El principio general que guía a la reducción de danos es la modificación de los conocimientos, actitudes y comportamientos de las personas, grupos y comunidades incidiendo sobre los determinantes de salud individuales, comunitarios y sociopolíticos para disminuir los diferentes tipos de danos”

(Grup Igia 2002).

Las Defensorías tienen un rol importante porque son actores institucionales que reciben de modo directo la demanda de los usuarios de drogas, demandas de todo tipo provenientes de sectores en situaciones de alta vulnerabilidad.

Este nuevo modo de abordar la política de drogas supone: un paradigma basado en la inclusión social de los usuarios de sustancias psicoactivas a través de la acción estatal, pretendiendo mitigar las consecuencias adversas en la salud de los usuarios y generando posibilidades de desarrollo personal y colectivo, amortiguando la dependencia a sustancias u otras conductas adictivas, posibilitando la realización de proyectos de vida saludables, y bajo el supuesto de *“un mundo que convive con las drogas”*. Esta es una política realista con objetivos plausibles en búsqueda del valor *“salud pública”* a través de la realización de procesos de cohesión comunitaria, ya que los programas de prevención exitosos se basan en la generación y realización de proyectos surgidos de la Comunidad. No se puede venir con una receta mágica, un corpus teórico con pretensiones universalistas o un dispositivo enlatado desde N.Y. o Bs.As. y aplicarlo

en cualquier ciudad como si fuera una “bala de plata”, porque si bien la problemática de las drogas, el fenómeno de la expansión del consumo, tienen variables y características globales, las soluciones preventivas y asistenciales, para ser efectivas, tienen que ser necesariamente locales, exigiendo la participación activa de actores territoriales como marco indispensable para lograr la sustentabilidad de los programas.

Mientras los mercados de droga han podido tercerizar labores y generar la participación de diversos actores (legales e ilegales) - en los segmentos de producción, logística y distribución - las estrategias de prevención, educación y rehabilitación siguen siendo controladas y ejecutadas bajo una lógica centralizada, lo cual evidencia una inadecuación de las respuestas estatales a la problemática de la prevención y la asistencia.

Sostiene el investigador H Vergara que *“Desde un punto de vista sistémico, desde las épocas en que el poder y el control en gran parte de las etapas de producción y venta eran de los carteles, hasta el más reciente nacimiento de miles de grupos pequeños que hoy se especializan y actúan de forma independiente, el negocio de la droga se ha fragmentado y segmentado. Esta nueva situación ha generado grandes desafíos a las actividades del control y la prevención, en el marco de los cuales adquieren una importancia nuclear las acciones descentralizadas frente al negocio de la droga, ya que muestran mayor dinamismo y adaptabilidad a los nuevos escenarios. También deberían transitar por ese camino las estrategias de educación y prevención. En escenarios que están en constante cambio y girando en torno de realidades de consumo altamente dinámicas, las respuestas centralizadas han demostrado ser insuficientes e incluso regresivas”*.

Para entender la magnitud del problema, basta mirar el número de detenciones y encarcelamientos por causas relacionadas con la venta de drogas al menudeo. Para poner un ejemplo foráneo del primer mundo, que refleja claramente las dificultades que también padecen frente al consumo, diremos que en las grandes capitales de Europa, el auge del consumo de drogas sintéticas y su permanente mutabilidad frente a nuevas demandas y búsqueda de efectos alternativos de las sustancias, agregado al notable desarrollo de la industria química, ha impelido a los traficantes a crear permanentemente nuevas drogas de diseño, con lo cual los sistemas preventivos corren detrás de la iniciativa narco, menoscabando la efectividad de la prevención y detección temprana, ante un proceso continuo de innovación de “cocineros”, que neutraliza las capacidades estatales. Ello se encuentra declarado expresamente en los últimos informes del Observatorio Europeo de drogas (2016/17), donde el consumo recreativo de drogas sintéticas entre los jóvenes se encuentra ampliamente extendido y constituye un comportamiento que hace a las relaciones interpersonales entre personas y grupos.

El complejo escenario de consumo y su heterogeneidad exigen un progresivo nivel de descentralización de las acciones. Por ello está tomándose como modelo para acometer labores de prevención y asistencia en el escenario doméstico. Ello se ve formalizado en diversos actos administrativos aprobados por Sedronar en los que el abordaje comunitario y la relación y participación de los municipios en la generación de acciones inclusivas se interpretan como instancias claves para el restablecimiento de derechos y el armado de proyectos de vida inclusivos, con potencialidades de desarrollo personal y social (Programa Municipios en Acción). La rehabilitación del Consejo Federal de Drogas (Cofedro) que es un órgano colegiado, constituido por representantes de todas las provincias de nuestro país, delineará futuras acciones y una agenda de actividades y programas donde se oirá las voces de todos los representantes provinciales, con medidas que se presumen de fuerte contenido descentralizado, regionalizando el país y atendiendo las problemáticas con una impronta local, respetuosa de la cultura e idiosincrasia locales. Un ejemplo concreto de lo que digo es la elaboración del Plan Nacional de Reducción de la Demanda 2016/2020, en la cual participaron activamente todos los delegados provinciales llevando a la práctica el federalismo que debe imperar en la toma de decisiones en el nivel de elaboración de programas nacionales.

Sin embargo, hay que tener en consideración que las estrategias planes y programas descentralizados administrativamente que se implementen en escenarios de debilidad institucional o de incapacidad de planificación, monitoreo y supervisión pueden incluso debilitar el alcance de las acciones del Estado y terminar por fortalecer la actividad ilegal y criminal. En caso de socavamiento o cooptación institucional de carácter más sistemático o permanente ya nos encontraríamos en etapas avanzadas de consolidación del narcotráfico, lo que está lejos de suceder en nuestro país.

Resulta muy importante crear estrategias que se focalicen en universos particulares y que cuenten con mecanismos de participación ciudadana, institucionalizados, como sustento en propuestas y cursos de acción locales. Estas estrategias deben aglutinar la gran diversidad de actores que se encuentran fuera de las estructuras gubernamentales para que actúen de forma descentralizada, pero en red, adaptando las estrategias de acuerdo con las realidades locales y atomizando el trabajo para que cuenten con dinamismo y adaptabilidad. En este punto, la actual gestión de Sedronar propicia la amplia participación de la sociedad civil en el diseño y ejecución de acciones que se implementen a nivel local. Para que esta red de trabajo funcione, es necesario crear espacios de capacitación e intercambio de conocimientos que faciliten la evaluación permanente y mejora continua de las acciones territoriales. Desde aquí, pueden nacer estrategias de prevención selectivas, dinámicas y adaptables a realidades particulares de grupos menores que puedan presentar mayor vulnerabilidad a los ambientes donde se sitúan.

Bajo este escenario, cabe destacar entonces que existe una serie de acciones para impedir que el problema sea desplazado, ignorado u ocultado. La prevención situacional debe considerar métodos que ayuden a enfrentar el problema y no a barrerlo bajo la alfombra, pasando de usar el espacio público como un foco de control, también como una herramienta de reducción de riesgos y daños. En paralelo, la actividad policial caracterizada por la investigación y el control debe ser principalmente disuasiva y educativa, complementada por otros actores ligados al trabajo comunitario y a la salud pública. Los policías que actúan en la resolución de problemas, con capacidades mediadoras, educativas e incluyendo a otros actores de la salud pública o de bienestar social, pueden pasar a ser protagonistas fundamentales en el cambio de paradigma. Además, estas estrategias de intervención impiden que el problema se siga expandiendo a otros territorios. La creación de las policías locales en la Provincia de Buenos Aires se funda en este concepto, es una policía de proximidad que se relaciona con los vecinos, con un enfoque eminentemente preventivo. Está orientada a la anticipación del problema más que a su investigación y a la perspectiva tradicional de policía de seguridad.

En las últimas décadas se han puesto en discusión muchas recetas y dogmas de las políticas de drogas originadas en los países centrales hace décadas, recuperándose valores del rol del estado, el papel de la regulación y la desaprobación de las ideas monolíticas que propugnan soluciones únicas para todos los países, sin pensar en sus situaciones particulares frente a la problemática. En concreto, en diferentes países el fenómeno se manifiesta en forma diversa, siendo lógica la búsqueda de soluciones particulares en pos de un mayor bienestar y salud de sus ciudadanos.

Ello lleva a reelaboración de marcos legales y regulatorios y ha abierto una compuerta:

- A Repensar el tema
- A replantear las políticas impuestas
- A la búsqueda de nuevas alternativas

El campo latinoamericano lidera los cambios. Diversas personalidades políticas y prestigiosos académicos e investigadores vienen propugnando debates sobre regulación de las drogas, diferenciando tipos de sustancias, como medida para no continuar sufriendo las consecuencias nocivas y devastadoras de las políticas punitivas sustentadas en el prohibicionismo.

Así, se abren espacios que se traducen en programas nacionales que tratan de flexibilizar al máximo el sistema internacional basado en el prohibicionismo y la condena a los últimos eslabones de la cadena del

narcotráfico, entre ellos, los usuarios de drogas ilegales, los transportistas de escasas cantidades y los cultivadores en situación de extrema pobreza o para su propio consumo.

Apreciamos así, nuevas políticas de reducción de daños en Brasil (Programas Brazos Abiertos), brindando formas de vida dignas, excluyendo la intervención policial violenta en favelas, llevando los sistemas de salud a esas comunidades y propiciando el desarrollo de actividades deportivas, culturales y artísticas para generar un entorno de verdadera inclusión.

Uruguay ha legalizado el consumo recreativo de marihuana por decisión gubernamental, veremos qué pasa ahí, pues hasta el presente se ha reglamentado parcialmente la medida y dada la escasez de tiempo transcurrido, la evidencia empírica no resulta aún contrastable.

O.E.A. abrió el espacio a la experimentación. Dicen: Es hora de ensayar vías alternativas. Es un tema muy complejo que merece exploraciones de vías alternativas de solución. Esto se ha visto reflejado en la publicación de un documento oficial que detalla los diversos escenarios conforme sea la elección que se practique (mencionar brevemente el contenido de “Caminos Alternativos”)

En medio de todo esto, ocho estados de los EE. UU. legalizaron completamente el cannabis para consumo personal recreativo. Ello está decididamente en contra de las Convenciones Internacionales. Además de veintinueve estados que permiten el consumo medicinal de la planta. Tal tendencia marca una variación en el pensamiento del americano medio, que posiblemente propiciará -en el mediano y largo plazo- una reinterpretación de los parámetros políticos frente a la problemática. En efecto, en este momento hay una tensión dentro de EE. UU. ante la coexistencia de dos ideas contrapuestas en la misma materia. A nivel federal continúa vigente el prohibicionismo, pero a nivel estadual muchos estados han aprobado leyes que permiten el consumo de cannabis tanto a nivel medicinal como recreativo.

En clave de derecho internacional, este dato es muy importante dado que puede influir en el futuro en la orientación ideológica del régimen en un contexto de diversificación de intereses estatales, en un escenario de eventual incremento de los factores comerciales subyacentes (vgr, interés actual en expandir el comercio de marihuana medicinal) que muy probablemente afecten las variables globales que caracterizan al fenómeno de las drogas.

Hay otros síntomas evidentes del desmembramiento del prohibicionismo. Bolivia ha denunciado la Convención del 61 en el año 2009, habiendo sido admitida nuevamente en el 2013, Boliviano con una cláusula derogatoria de la proscripción del consumo ancestral de coca en el territorio boliviano. Ello marca un quiebre de tipo formal que afecta la

legitimidad de las Convenciones y cuestiona fuertemente su capacidad para contener y retener a los países signatarios.

Principios de una política progresista.

Se necesita un estado coordinado, con valores homogéneos a lo largo de la toda república para conformar un plexo valorativo análogo y una nueva cultura alrededor de la problemática de las drogas, que permitirá conformar una visión común, posibilitando un abordaje compacto, dotado de la solidez conceptual y del marco teórico común que resulta indispensable previo a la planificación de planes y programas, previo a la programación de las actividades y previo también a la ejecución de esas medidas. Es colocar los barcos en la misma dirección dentro de una escuadra. Esto es políticos, jueces, policías, penitenciarios, funcionarios de los tres niveles de gobierno, personal profesional y técnico especializado, trabajadores sociales, psicólogos, sociólogos, Lic. en comunicación, en educación, asociaciones de usuarios y muchos otros imbuidos de principios de políticas sobre drogas fundados en evidencia extraída de la realidad, al margen de prejuicios, de influencias dogmáticas, de estigmas y de preceptos morales que no hacen sino dejar fuera del sistema de salud a numerosos ciudadanos. El aporte de la sociedad civil a través de sus organizaciones y asociaciones con base en la comunidad también debe formar parte de ese herramental indispensable para contener el fenómeno expansivo de las drogas. Todos debemos ir en el mismo sentido, para proyectar fuerzas que se multipliquen y no ir en direcciones opuestas que se neutralicen. Esto no significa la promoción de un pensamiento único, sino entender cuáles son las prioridades en la en esta temática, cuáles son los bienes jurídicos que debemos atender prioritariamente y mediante qué respuestas y dispositivos estatales contribuiremos a la solución.

Se necesita tiempo político, para cambios graduales, lentos, específicos, focalizados; por ello resulta auspicioso que el estado haya sancionado leyes de carácter inclusivo (Salud Mental y Plan IACOP) donde los conceptos de reducción de daños y de elección voluntaria de tratamiento conforman estandartes que implican un giro sustancial en la política de drogas, tradicionalmente caracterizada por un acatamiento incondicional de los postulados emanados de los organismos internacionales. Ya no son importantes las estadísticas ni las sustancias, el protagonista central de la política es la persona. Hay que explicarle a la sociedad la coyuntura que estamos transitando y la necesidad de emprender acciones cuyo resultado se verá en el largo plazo.

Toda la lógica de la guerra contra las drogas se sustenta en el instinto inicial de castigar. El mandato progresista no es cuánto aviones derribamos o cuantos poseedores de drogas para consumo personal encarcelamos. No, las políticas de inclusión se miden en términos de personas y de

resguardo de sus derechos y no en la cuantía de medidas sancionatorias o incautaciones efectuadas. A QUIEN TENEMOS QUE PROTEGER Y NO A QUIEN TENEMOS QUE CASTIGAR. A QUÉ SECTORES, CON QUÉ RECURSOS, CON CUÁLES HERRAMIENTAS INSITUCIONALES. A los usuarios, a las familias, a las comunidades. El éxito de la política se medirá en vidas recuperadas, derechos restablecidos, en proyectos de vida compatibles con el desarrollo individual y comunitario. Cuando se mejoren los programas de prevención, cuando el acceso a la salud sea una realidad para todos los habitantes de nuestro país, cuando haya mejores sistemas de información y dispositivos de asistencia para los usuarios dependientes del consumo de sustancias.

Nosotros necesitamos que el flujo de capitales tenga en cuenta a las personas y no que las descarte”, agregó en lenguaje papal. (Macri La Nación 28/02)- En ese marco, los diplomáticos de los países de la Unasur acordaron que en la próxima sesión especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre Drogas (Ungass), que se celebrará en abril en Nueva York, propondrán “poner el tema de los derechos humanos por encima de la lucha contra las drogas”. (Malcorra El Cronista 29/01/16). Recién en ese entonces, si se verifica ese escenario auspicioso y logramos coordinar acciones, dispositivos y programas institucionales tanto vertical como horizontalmente, estaríamos en condiciones de hablar de procesos regulatorios de las sustancias considerando sus potencialidades y peligrosidades individualmente. Es decir, qué dejaríamos al alcance de las personas y qué debería permanecer restringido. Pero antes, tenemos que hacer todo aquello.

“Esto quiere decir que no hay que hacer nada con la cuestión del tráfico ilícito de drogas? No, por supuesto. Solo digo que, en el paradigma prevaleciente, ha invertido el orden de prioridades a lo largo de todos estos años, privilegiando a las estadísticas globales de consumo en lugar a atender a las personas, a pesar de la explícita manifestación del prólogo de la Convención del 61. “Preocupados por la Salud y el bienestar de la humanidad...”. Que no queden dudas, la sustancia no es la prioridad, la persona es la prioridad”

(Conferencia de Tokatlian en el Congreso 23-9-13)

No puede haber una política distinta en materia drogas en el plano nacional y en el plano provincial, todos debemos orientar las acciones estatales, en el nivel que corresponda a cada uno, hacia políticas inclusivas y progresistas. Una vez armado el sistema, quizás, sólo quizás, en el futuro necesitamos modelos de regulación modulada de sustancias controladas. Tenemos que desagregarlas, no todas son iguales. Qué podemos regular y qué debemos mantener al margen de nuestros jóvenes. Pero entiéndase bien, tenemos que regular el consumo de sustancias psicoactivas no porque sean buenas, sino porque son peligrosas, son además de placenteras, peligrosas y su venta legal

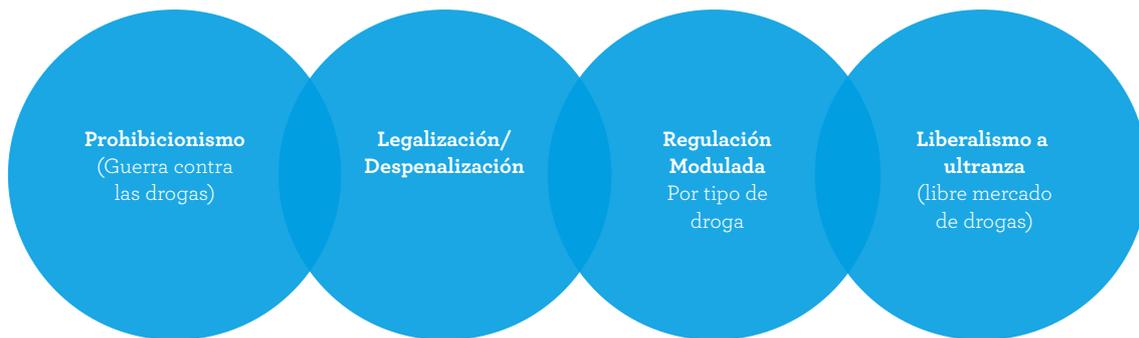
debe estar exhaustivamente controlada por el Estado. Poner ejemplos de funciones o trabajadores que se desempeñan en un ámbito de “resguardo” frente a vida y bienes de terceros.

Importancia del trabajo social en zonas de mayor vulnerabilidad.

Se ha comprobado que siendo el consumo de drogas un fenómeno que alcanza transversalmente a todas las clases sociales, los consumos problemáticos, así como el desarrollo de dependencias a las sustancias se registran en los sectores socioeconómicos más postergados. *Para tener una llegada más exitosa a dichos sectores es importante desjerarquizar las relaciones y sacarles los visos de arbitrariedad que aún padecen muchos modelos de intervención* (O. Romani). Ello con el objeto de acompañar la generación de redes de naturaleza comunitaria como parte de las estrategias inclusivas. Inclusión de trabajadores sociales y otros profesionales en los equipos de intervención. Además, se debe promover la auto-organización de los usuarios. La desigualdad es una de las principales causas de la dependencia a las drogas por concatenación. Promover la construcción de poder en los grupos sociales implicados.

También es importante destacar la tolerancia social ante el alcohol y el tabaco. Son las que causan mayores daños en términos económicos al sistema de salud y de vidas humanas. El cigarrillo ha sido prohibido en lugares públicos, no así el alcohol, ni por el momento se ha avanzado en sistemas regulatorios, de control o de reducción de daños con la industria recreativa, cuyos beneficios le permitirían sin dudas, generar mecanismos preventivos que contribuyan a resguardar la salud de adolescentes y jóvenes además de salvarles sus vidas en casos de sobredosis, de cuadros críticos. En Australia hacen paquetes lisos, suprimiendo la publicidad. Por supuesto no hay que minimizar la capacidad de lobby de las empresas comerciales involucradas. En Suecia las bebidas alcohólicas que contienen más de 3% de alcohol se encuentran fuertemente reguladas y están a la venta en locales abiertos sólo el sábado de 9 a 17hs. Esto es para conseguir bebidas alcohólicas hay que tomar la decisión de ir por ellas exclusivamente, no están disponibles en el Super de la esquina para traerlas como complemento de otro consumo hogareño.

“Es fundamental que los jóvenes sepan la verdad para que, cuando menos, tomen decisiones conscientes con información completa sobre las drogas. Que la gente sepa los perjuicios reales de las drogas como la cocaína o la heroína es crucial, pero la mayoría de nuestros hijos y nietos se van a ver más perjudicados por el alcohol y el tabaco. También tienen que saberlo desde muy pequeños. De hecho, el alcohol, según todas las estadísticas del mundo, impactan sobre hechos de sangre y delitos un 99 por ciento más que la sumatoria de todas las otras drogas”.
(Entrevista a David Nutt)



Los ejemplos precedentes muestran que en diversos lugares del mundo se están haciendo nuevas propuestas y probando iniciativas concretas para diseñar nuevas políticas de drogas que contribuyan a reducir los efectos negativos de las sustancias psicoactivas tanto en la salud de los consumidores como en las comunidades en general, así como los efectos negativos de las políticas tradicionales sobre drogas.

Tales propuestas coexisten con tradicionales políticas prohibicionistas que, aunque continúan siendo hegemónicas, no lo son de modo uniforme, registrándose diferencias notables entre países y regiones, a pesar de la rigidez del régimen internacional. A pesar de esas diferencias, es importante indicar aquí los diversos modelos o “tipos ideales” que orientan la formulación de las políticas de drogas, con base en los planteamientos de Yepes (Uprimny Yepes 2003).

En un extremo está la guerra contra las drogas, el modelo prohibicionista dominante impulsado por Estados Unidos, que busca eliminar el consumo de algunas sustancias consideradas dañinas o moralmente peligrosas. Aquí se asume que el estado tiene el derecho a imponer a los ciudadanos sus estándares de salud o, incluso, de virtud. La idea es que si se logra eliminar las sustancias no habrá consumo ni abuso de las mismas. Por ello, para suprimir o reducir al máximo la oferta de drogas, se prohíbe su cultivo, producción y comercio, lo que las hace costosas y difíciles de conseguir.

En el otro extremo está la liberalización total del mercado de drogas, dentro de un modelo libertario, sustentada en el ideal del poder regulador del mercado y en el principio de que el estado no puede intervenir en las decisiones de una persona de consumir las sustancias que quiera, aun si le hacen daño. Según este planteamiento, las drogas psicoactivas son productos para ser transados según las reglas del mercado, como cualquier otra mercancía; y cualquier daño causado a terceros por un consumidor bajo la influencia de alguna droga puede y debe castigarse, es decir los consumidores son libres de usarlas, pero deben responsabilizarse por las consecuencias de su comportamiento. Hasta hace algunos años esa fue la política aplicada frente al tabaco. Esta opción es meramente teórica porque todo el mundo juzga inaceptable la liberación a ultranza, por el descontrol y eventual disponibilidad generalizada de todas las

drogas, que implicaría la posibilidad de adquisición de cualquier droga a cualquier edad en todo lugar. No hace falta prefigurar ese escenario para entender las nocivas consecuencias que podría generar tal alternativa.

Entre los dos extremos hay dos modelos intermedios basados en la salud pública y los derechos humanos de los usuarios. Por un lado, las políticas de reducción del daño consideran imposible acabar con el consumo, razón por la cual se enfocan en disminuir los problemas asociados al mismo y promueven su *despenalización* para evitar que los usuarios sean marginados. Ejemplos de este modelo son las estrategias usadas en Holanda que, sin embargo, mantienen la prohibición y la criminalización de la producción y gran parte de la distribución de drogas. Por otro, existen las estrategias de "*legalización selectiva o regulada*", que plantean que es necesario ir más allá de la regulación del consumo y se deben regular también el cultivo, la producción y la distribución de las diversas drogas, si se quieren reducir realmente los "efectos perversos de la prohibición, en términos de violencia, corrupción, erosión del respeto a la ley y afectación de los derechos de la persona" (Uprimny Yepes, 2003).

Aunque, como se ha visto, el modelo prohibicionista de guerra contra las drogas sigue predominando, los ejemplos presentados muestran que en la práctica se han puesto en ejecución los modelos de políticas de reducción del daño que han tenido resultados muy prometedores, sobre todo en ciudades y países europeos. La regulación del cannabis en Estados Unidos, que en algunos casos se extiende a toda la cadena de valor, es otro caso para seguir con atención. Y aunque algunos autores proponen una liberalización total del mercado de las drogas, estos representan posiciones minoritarias. Muchos de los investigadores y estudiosos que están trabajando por una reforma a las políticas actuales consideran que los *cambios deberían dirigirse hacia la regulación selectiva* discriminando tipo de sustancia y situaciones personales (vgr. casos de personas que trabajan con terceros en posición de garante o resguardo, tipo conductor de transporte público).

Bibliografía

Dolto, F. (1995). La dificultad de vivir. Barcelona, Gedisa.

Álvarez Uría, F. (comp.) (1992). Marginación e inserción. Los nuevos retos de las políticas sociales. Madrid, Endymión.

Anzieu, D. (1999). Grupo y el inconsciente. Madrid, Biblioteca Nueva.

Bauman, Z. (1999). Modernidad líquida. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.

Bauman, Z. (2001). La sociedad individualizada. Madrid, Cátedra.

Berger, P. y Luckman, T. (1998). La construcción social de la realidad. Buenos Aires, Amorrortu.

Bertucelli, S. (septiembre de 1998). Gestión de políticas sociales desde el enfoque de red. En: 7o Congreso Redes y Salud. Congreso llevado a cabo en Rosario, Argentina.

Bertucelli, S. (2001). Articulación de sistemas de información geográfica a la planificación estratégica en salud. Mendoza, Ministerio de Desarrollo Social y Salud.

Bion, W. (1963). Experiencias en Grupos. Buenos Aires, Paidós.

Bleger, J. (1972). Simbiosis y ambigüedad: estudios psicoanalíticos. Paidós, Buenos Aires.

Boff, L. (2003). El ethos que cuida. Disponible en <http://www.servicioskoinonia.org/boff/articulo.php?num=023> [Consulta: marzo de 2015.]
Cannellotto, A., Luchtenberg, E., (Coords.), (2010). Medicalización y sociedad: lecturas críticas sobre la construcción de las enfermedades. Buenos Aires, UNSAM Edita.

Castro, R. (2010), Teoría social y salud. México, El lugar editorial.

Conrad, P. (1975). The discovery of hyperkinesis: notes on the medicalization of deviant behavior. *Social Problems* (23), 12-21.

Dabas, E. N. (2001). *Red de Redes: las prácticas de la intervención en redes sociales*. Buenos Aires, Paidós.

Dabas, E. N. y Perrone, N. (2006), *Viviendo Redes: experiencias y estrategias para fortalecer la trama social*. Buenos Aires, Ciccus.

Dabas, E. N. y Najmanovich, D. (2006) *Una, Dos, muchas redes: itinerarios y afluentes del pensamiento y abordaje en redes. Viviendo Redes: experiencias y estrategias para fortalecer la trama social*, Buenos Aires, Ciccus.

Damin, C. (2014). *Consumo problemático de sustancias psicoactivas*. Buenos Aires, SEDRONAR.

Deleuze, G., (1999). Posdata sobre las sociedades de control. Ferrer, C., *El lenguaje libertario: antología del pensamiento anarquista contemporáneo*. Buenos Aires, Editorial Altamira.

De Marinis, P. (2011). La teoría sociológica y la comunidad: clásicos y contemporáneos tras las huellas de la "buena sociedad". *Entramados y perspectivas: revista de la carrera de Sociología*. ISSN 1853-6484, 1(1), 127-164.

De Piero, S. (2005), *Organizaciones de la sociedad civil: tensiones de una agenda en construcción*. Buenos Aires, Paidós.

Edelman, L. y Kordon, D. (1989), *Efectos psicológicos de la crisis*. *Actualidad psicológica*, (157).

Farr, R. (1983). Escuelas europeas de psicología social: la investigación de representaciones sociales en Francia. *Revista Mexicana de Sociología*, XLV (XLV).

----- (1986). *Las representaciones sociales*. Moscovici, S. *Psicología Social II: pensamiento y vida social*. *Psicología social y problemas sociales*. Barcelona, Paidós.

Faur, L. (2003). ¿Escrito en el cuerpo? Género y derechos humanos en la adolescencia. Checa, S. Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia. Buenos Aires, Paidós.

Ferrer, C. (1999). El lenguaje libertario: antología del pensamiento anarquista contemporáneo. Buenos Aires, Editorial Altamira.

Foucault, M. (1966). El nacimiento de la clínica. México, Siglo XXI.

----- (2000). Historia de la medicalización. Historia de los hombres infames. Buenos Aires, Editorial Altamira

----- (2000). La vida de los hombres infames. Buenos Aires, Editorial Altamira.

----- (2012). La voluntad de saber. Historia de la sexualidad. (Vol.1). Madrid, Editorial Biblioteca Nueva.

Freidson, E.(1970). La profesión médica. Barcelona, Taurus.

Freud, S. (1979). El Malestar en la Cultura. Obras Completas (Vol. XXI). Buenos Aires, Amorrortu .

Garland, D.(2005), La cultura del control: crimen y orden social en la sociedad contemporánea. Barcelona, Gedisa.

Illich, I. (1975). Némesis médica: la expropiación de la salud. Barcelona, Barral.

Inchaurreaga, S. (2002). Los consumidores de drogas; ciudadanos con derechos: una lectura desde lo social, lo subjetivo y las políticas de reducción de daños. Inchaurreaga, S. y otros. Drogas: haciendo posible lo imposible: experiencia de reducción de daños en Argentina. Rosario, Universidad Nacional de Rosario.

Inchaurreaga, S. y otros, (2002), Drogas: haciendo posible lo imposible. Experiencia de reducción de daños en Argentina. Rosario, Universidad Nacional de Rosario

Jasiner, G. (2007). Coordinando Grupos. Buenos Aires, Lugar Editorial.

Jodelet, D. (1986). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. Moscovici, S. (comp.) . Psicología Social II: pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales. Barcelona, Paidós.

Kaës, R. (1993). El grupo y el sujeto de grupo. Buenos Aires, Amorrortu.

Karpman, S. (1968), Fairy tales and script drama analysis. Transaction-

al analysis bulletin, 7(26), 39-43.

Lagarde, M. (1996). El género: la perspectiva de género. Lagarde, M. Género y feminismo: desarrollo humano y democracia, Madrid, Horas y Horas.

----- (1996). Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia. Madrid, Horas y Horas.

Lamert, E. (1951), Social patholog : sitematic approach to the theory of sociopathic behavior. New York, Mc Graw-Hill.

Laurell, C. (1975). Medicina y capitalismo. Cuadernos Políticos (5), 80-93.

Lazzarato, M. (2006). Políticas del acontecimiento. Buenos Aires, Tinta Limón.

Lewkowicz, I. (2000). Explotación, exclusión, subjetivación. Pensar sin Estado: la subjetividad en la era de la fluidez. Disponible en <https://es.scribd.com/document/112890120/301-Lewkowicz-Ignacio-Pensar-sin-estado-Cap-4-Exclusion-explotacion-expulsion> [Consulta 13 de abril de 2018]

Lipovetsky, G. (2000). La era del vacío: ensayo sobre el individualismo contemporáneo. Barcelona, Anagrama.

Lizarraga, S. y Ayarra, M. (2001), Entrevista Motivacional. Pamplona, Grupo Comunicación y Salud de Navarra.

Marchioni, M. y Yaría, J. A. (2005), Tratado de drogadependencias y ciudades preventivas. Buenos Aires, Gabas.

Miller, W. y Heather, N. (eds.) (1998). Treating addictive behaviours. NewYork, Plenum.

Miller, W.y Rollnick, S. (1991), Motivational Interviewing: preparing people to change addictive behaviors. Nueva York, GuilfordPress.

Montañez, G. (2001). Razón y pasión del espacio y el territorio. Espacios y territorio: razón, pasión e imaginarios. Bogotá, Universidad Nacional de Colombia.

Montero, M. (2003). Teoría y práctica de la psicología comunitaria, Buenos Aires, Editorial Paidós.

Morin, E. (1994). Introducción al pensamiento complejo. Buenos Aires, Gedisa.

Moscovici, S. (comp.) (1986). *Psicología Social II: pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales*. Barcelona, Paidós.

Navarro, V.(1976). *Medicine under capitalism*, New York, Prodist.

Núñez, R. A. (2008), *Redes Comunitarias: afluencias teórico metodológicas y crónicas de intervención profesional*. Buenos Aires, Editorial Espacio.

Nowlins, H. (1982). *La verdad sobre la droga: la droga y la educación*. París, Editorial de la Unesco.

Otero Puime, A. y Zunzunegui, M. V. (2011). *Determinantes sociales de la salud y su influencia en la atención sanitaria*. Zurro, A. M.y Jodar i Solà, G. (dirs.), *Atención familiar y salud comunitaria: conceptos y materiales para docentes y estudiantes*, Madrid, Elsevier.

Percia, M. (1997). *Notas para pensar lo grupal*. Buenos Aires, Lugar Editorial.

Pichon Riviere, E. (1978). *El Proceso grupal*. Buenos Aires, Nueva Visión

Prochaska J. y Di Clemente C. (1998). *Comments, criteria and creating better models: in response to Davidson*. Miller WR, Heather N, (editors.), *Treating addictive behaviours*. New York, Plenum.

Rojas, M. C. (2001). *Modelizaciones en psicoanálisis familiar: aproximación teórica- clínica a la familia de hoy*. *Revista de psicología y psicoterapia de grupos*, XXIII (2), 89-104.

Romani, A. O. (1992). *Marginación y drogadependencia: reflexiones en torno a un caso de investigación-intervención*. Álvarez Uría, F. (comp.). *Marginación e inserción: los nuevos retos de las políticas sociales*. Madrid, Endymión.

Sánchez A., Luther A. y Lázaro C. (2008). *Promoción comunitaria de la salud: un diálogo entre la teoría y la experiencia*. Buenos Aires, Asociación Civil Saberes.

Silva Paim, J. y Almeida Filho, N. (2000). *Crise da saúde pública e a utopía da saúde coletiva*. Salvador de Bahía, ISC-UFBA.

Rodriguez Valbuena, D. (2010). *Territorio y territorialidad: nueva categoría de análisis y desarrollo didáctico de la Geografía*. *Uni-Pluri/versidad*. Medellín, Universidad de Antioquia. 10 (3).

Toro, J. B. (2001). *El ciudadano y su papel en la construcción de lo so-*

cial. Disponible en <http://codigor.com.ar/ciudadaniacorp.htm> [Consulta: marzo de 2015.]

Touraine, A. (1973). *La sociedad postindustrial*. Barcelona, Ariel.

Tramando redes de prevención (2015). Disponible en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/sedronar-tramando_redes_de_preencion_docentes.pdf [Consulta: junio de 2017]

Trepat, C. y Cómes, P. (2000). *El tiempo y el espacio en la didáctica de las ciencias sociales*. Barcelona, Graó.

Ulloa, F. (1995). *Novela clínica psicoanalítica*. Buenos Aires, Paidós.

Winnicott, D. (1993). *Realidad y Juego*. Barcelona, Gedisa.

----- (1994). *El hogar, nuestro punto de partida: ensayos de un psicoanalista*. Barcelona, Paidós.

----- (1991). *Deprivación y delincuencia*. Barcelona, Paidós.

----- (1994). *Conozca a su niño: psicología de las primeras relaciones entre el niño y su familia*. Barcelona, Paidós.

Zurro, A. M. y Jodar i Solà, G. (dirs.) (2011), *Atención familiar y salud comunitaria: conceptos y materiales para docentes y estudiantes*. Madrid, Elsevier

Documentos consultados

Fundación Defensores del Chaco, Sociedad de Fomento del Video Alternativo, Asociación Civil El Culebrón Timbal y Escuela Julio Cortázar, (2000). *Desde los Barrios una Red Cultural y Solidaria en el Gran Buenos Aires*.

OAD-SEDRONAR y Centro de Investigación Gino Germani (2007). *El consumo indebido de medicamentos psicotrópicos en la vida cotidiana: un estudio exploratorio sobre representaciones sociales y patrones de uso*.

OAD-SEDRONAR y Centro de Investigación Gino Germani, (2008). *La medicalización de la infancia. Niños, escuela y psicotrópicos: informe final*.

OMS (2011). *La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST): manual para uso en la atención primaria*.

OMS (2011). Intervención breve vinculada a ASSIST para el consumo riesgoso y nocivo de sustancias: manual para uso en la atención primaria.

OMS (2011). Estrategias de autoayuda para reducir o eliminar el consumo de sustancias: una guía.

Programa Nacional Educación Solidaria (2012). Itinerario y herramientas para desarrollar un proyecto de aprendizaje-servicio. Buenos Aires, Ministerio de Educación de la Nación.

UNICEF (2006). Colección Comunicación y Desarrollo.
Universidad de Antioquia (s.f.). Presentación de cursos sobre salud pública. Disponible en <http://aprendeonline.udea.edu.co/lms/moodle/course/view.php?id=814> [Consulta: diciembre de 2017.]

EQUIPO DE PRODUCCIÓN

Coordinación de contenidos

Dr. José A. Gómez Di Vincenzo
Lic. Martín Cagide
Lic. Carla Demb

Escritura de contenidos

• **Capítulo 1**

Dr. José A. Gómez Di Vincenzo
Lic. Martín Cagide

• **Capítulo 2**

Lic. Ayelén Pampín
Lic. Cecilia Bonillo
Dr. José A. Gómez Di Vincenzo
Lic. Marina Gagni
Lic. Martín Cagide

• **Capítulo 3**

Lic. Daniela Buscató
Dr. José A. Gómez Di Vincenzo
Lic. Juan Manuel Miguens
Lic. Luciana Miravalles
Lic. Marina D´Angelo
Lic. Martín Cagide
P.S. Mirta Reigas
Dra. Norma Aidar

Anexo I

Dra. Karina Valenti

Anexo II

Mg. Fernando Ferreyra
Corrección de estilo
Lic. Ayelén Pampín



*Si conocés a alguien
que necesita ayuda por
consumos problemáticos*

 141

Sedronar
Secretaría de Políticas Integrales
sobre Drogas de la Nación Argentina



Presidencia de la Nación