

FLACSO

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales

Maestría en Diseño y Gestión de Políticas y Programas Sociales

**Razón, verdad y experiencia en Prevención de Adicciones: Análisis de la
retórica preventiva del Programa Nacional “QUIERO SER”**

Director de Tesis: Dr. Juan Manuel Alfredo Carballeda

Alumna: Marcela Raiden

Buenos Aires, Marzo 2012

Agradecimientos:

Desarrollar una tesis es un trabajo marcado por momentos contradictorios, de avances, retrocesos, pasos al costado, giros a la derecha y a la izquierda en suma toda una serie de vaivenes en los que se entrecruzan la vida personal, con la familiar y la profesional.

Agradezco a mi Director, que sin su guía difícilmente esta tesis hubiera sido posible. Sus orientaciones, puntos de vista y su confianza fueron elementos muy valiosos para el desarrollo y finalización de este estudio.

Hago extensivo el agradecimiento a las personas – investigadores y funcionarios - que de forma desinteresada brindaron su conocimiento, tiempo y energía durante las entrevistas realizadas.

Marcela Raiden

Resumen:

La tesis que se presenta se inscribe en el ámbito de las políticas públicas en materia de prevención del uso abusivo de drogas. Analiza, la retórica preventiva del Programa Nacional QUIERO SER, destinado a población escolarizada e implementado por la Secretaria de Prevención y Lucha contra el Narcotráfico - SEDRONAR -

El estudio de la retórica, se efectuó a partir de la evaluación de necesidades y de la evaluación del diseño y conceptualización del programa. Esta estrategia permitió obtener una visión de conjunto de los dispositivos que implementan la prevención.

Existen razones suficientes para revisar los contenidos de las políticas y los programas de prevención de adicciones desde nuevas perspectivas. Plantear interrogantes que pongan en cuestión los modelos hegemónicos con los que se han venido abordando los asuntos relativos a la salud y particularmente a la cada vez mayor incidencia del consumo problemático de sustancias en distintos grupos sociales y etarios.

Como no es posible realizar un análisis científico “objetivo” de los “fenómenos sociales”, que fuese independiente de unas perspectivas se han incluido los aspectos históricos, filosóficos, sociológicos y antropológicos para abordar el problema drogas. Este marco conceptual, proporcionó los elementos claves para el análisis de la retórica del programa.

Índice

Introducción	5
Hipótesis	9
Marco Metodológico	9
Estado actual del conocimiento sobre el tema	15
a) <i>Una historia reciente.</i>	
b) <i>Experiencias de programas en prevención de adicciones aplicados al ámbito educativo en Estados Unidos.</i>	
c) <i>Experiencias de programas en prevención de adicciones aplicados al ámbito educativo en Latinoamérica.</i>	
Capítulo N° 1	27
a) <i>Apuntes sobre la historia de las drogas en Occidente</i>	
b) <i>La ciencia moderna y el problema del abuso de drogas</i>	
Capítulo N° 2	37
a) <i>Los enfoques en prevención de adicciones: una mirada en perspectiva histórica.</i>	
b) <i>Mapa conceptual sobre la prevención: certezas en jaque</i>	
Capítulo N° 3	54
a) <i>Algunos antecedentes de las políticas públicas en adicciones</i>	
Capítulo N° 4	70
a) <i>El proceso de evaluación del Programa Nacional QUIERO SER</i>	
b) <i>El meollo de la prevención: su retórica</i>	
Capítulo N° 5	113
a) <i>Conclusiones</i>	
b) <i>Sugerencias</i>	
Bibliografía	121
Anexo	127

Razón, verdad y experiencia en Prevención de Adicciones: Análisis de la retórica preventiva del Programa Nacional “QUIERO SER”

Introducción:

El consumo de sustancias psicoactivas¹ constituye hoy una problemática que concierne a diferentes actores sociales. Ha tomado preeminencia en campos como el político, el jurídico, el sanitario y el social, observándose su presencia en los medios de comunicación masiva (radio, televisión, medios gráficos), en el número de instituciones que se abocan al tratamiento y a la prevención, así como también, a una creciente demanda de asesoramiento por parte de diversas instituciones de la sociedad civil (escuelas, clubes, juntas vecinales, centros de atención comunitaria, entre otros). Se podría decir que estos datos informan del lugar que el fenómeno de las drogas ha adquirido en distintos campos y sobre la importancia que reviste el tema de la prevención de las adicciones.

Por otra parte, según fuentes estadísticas² existe un ostensible incremento de la utilización de sustancias psicoactivas en población general, a pesar de los esfuerzos implementados para evitar o disminuir el consumo de las mismas.

Por tanto, interesa pensar cuándo la tendencia de los comportamientos sociales contradice las recomendaciones que la medicina y otras ciencias formulan.

Advertir acerca de los riesgos – del consumo excesivo de psicofármacos, de alcohol, o de drogas ilegales - que no se logra modificar, constatar el fracaso en el

¹ Sustancia que cuando se ingiere, afecta a los procesos mentales, por ejemplo: la cognición o la afectividad. Este término y su equivalente, sustancia psicotrópica, son las expresiones más neutras y descriptivas para referirse a todo el grupo de sustancias, legales e ilegales, de interés para la política en materia de drogas. “Psicoactivo” no implica necesariamente que produzca dependencia, sin embargo en el lenguaje corriente esta característica está implícita, en las expresiones “consumo de drogas” o “abuso de sustancias”. Tomado de “Glosario de términos de alcohol y drogas”. Editado por la Organización Mundial de la Salud en 1994, bajo el título *Lexicon of Alcohol and Drug Terms*.

² Estudio Nacional en población general de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas, Argentina. 2010. Área de Investigaciones. Observatorio Argentino de Drogas. SEDRONAR

tiempo e intensificar las mismas e impotentes medidas que se vienen empleando, supone que alguien cree que solo se trata de una cuestión de “intensidad”. Si así fuera, las acciones deberían orientarse a: mayor frecuencia, más cantidad, más datos sobre efectos perniciosos, pero ¿si así no fuera?

Se considera que esta realidad, reclama una revisión de las políticas en materia de prevención y de las acciones que de ella emanan. Se asume que existen razones suficientes para pensar el tema desde nuevas perspectivas, y plantear interrogantes que pongan en cuestión los modelos hegemónicos con los que se ha venido abordando los asuntos relativos a la salud y particularmente lo que hace a la cada vez mayor incidencia del consumo problemático³ de sustancias en distintos grupos sociales y etarios.

De acuerdo a lo planteado, se efectuará un análisis de la retórica preventiva del Programa Nacional QUIERO SER dirigido a población escolarizada. Se entiende que un mejor y mayor conocimiento sobre los programas preventivos, permitirá obtener una visión de conjunto de los dispositivos⁴ que implementan la prevención, con el fin de proponer nuevas líneas de trabajo e intervención en este campo.

Antes de avanzar se mencionan algunos datos del contexto en relación al problema de las drogas, que si bien se entiende no condicionarían el análisis de la retórica del programa, si afectan las concepciones sobre el fenómeno de las

³ Es muy difícil definir y ponderar el consumo problemático. En términos generales, podemos decir que un consumo se torna problemático cuando entraña daños para el consumidor o bien a terceros, ya sea en el plano de la salud física, psicológica o afectiva.

⁴Refiere a la red de relaciones que se pueden establecer entre elementos heterogéneos: discursos, instituciones, arquitectura, reglamentos, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, etc. en E. Castro (2004) *“El Vocabulario de Michael Foucault”*, Universidad Nacional de Quilmes.

drogas, como así también la direccionalidad de las futuras políticas y programas en materia de prevención.

Uno de los puntos a resaltar es un considerable nivel de debate respecto de los discursos que tensionan la cuestión de las drogas y su tratamiento, que de cierta forma muestra, una mayor tematización pública del tema. Otro aspecto refiere a la sanción de la nueva Ley Nacional de Salud Mental, que democratiza el tratamiento de los problemas de salud priorizando un enfoque basado en los derechos humanos y en la autonomía de las personas. Y por último la remoción del Director de la SEDRONAR por un representante más acorde con el paradigma que la nueva ley sostiene.

Ahora bien, si se parte de entender que de la definición que se haga de un problema, en este caso del uso abusivo de sustancias, devendrán las formas de intervención sobre el mismo, es decir los programas de prevención, entonces se debe partir de una aproximación al fenómeno del uso de drogas, a los fines de explicitar el marco teórico conceptual desde el que se analizarán los elementos constitutivos de la retórica preventiva del programa.

En tal sentido, se ha estructurado la tesis en los siguientes capítulos:

Capítulo N° 1: Propone una ubicación del fenómeno de las drogas en sus coordenadas socio – históricas, indicando el momento en que el tema se transformó en un Problema Social en Occidente y por tanto en objeto de Política Pública. Asimismo, incluye una discusión que da cuenta de la ubicación del fenómeno en el campo de las llamadas problemáticas sociales complejas.

Capítulo N° 2: Realiza un recorrido por los diferentes modelos, corrientes, y enfoques que a lo largo del siglo XX han gestionado el tema de la prevención de las adicciones. Asimismo, efectúa un análisis crítico de las representaciones, ideas y valoraciones que estos enfoques han instituido a los fines de proponer un acercamiento conceptual al objeto de la prevención.

Capítulo N° 3: Analiza la conformación de imágenes y discursos que marcaron diferentes momentos en la construcción del “problema drogas” en nuestro país y su relación con el contexto internacional. Este recorrido, permitirá identificar los dispositivos de fiscalización, asistencia y prevención creados a lo largo del siglo XX y principios del XXI que condujeron a la incorporación del tema como cuestión de política pública.

Capítulo N° 4: Analiza la retórica del Programa Nacional “QUIERO SER, dirigido a población escolarizada a partir de la evaluación de necesidades y de la evaluación de su diseño y conceptualización. El programa se inscribe en el área prevención de la Secretaría de Prevención y Lucha contra el Narcotráfico, (SEDRONAR) dependiente de la Presidencia de la Nación.

Capítulo N° 5: Conclusiones y sugerencias.

Hipótesis de trabajo:

- a) En los programas de prevención, el abordaje psicológico es dominante respecto de otros abordajes, como por ejemplo el sociológico, el antropológico, el económico y el histórico.

- b) En la formulación e implementación de los programas de prevención en adicciones, se evidencia un escaso tratamiento de las dimensiones cultural, económico y social de la población destinataria.

Marco Metodológico:

La realidad de las sociedades contemporáneas es compleja y presenta múltiples aspectos que pueden aprehenderse de modo diferente según el marco teórico a partir del cual se la aborda. Según la perspectiva de análisis con que opere el investigador, ciertas facetas serán percibidas como más importantes, otras como secundarias o accesorias, mientras que otras podrán no ser tenidas en cuenta. Al tomar como punto de partida la complejidad de lo real es necesario seleccionar ciertos aspectos en el acto de conocimiento. Al respecto, Max Weber, señalaba: *“No existe ningún análisis científico “objetivo” de la vida cultural o bien de los “fenómenos sociales” que fuese independiente de unas perspectivas especiales y ‘parciales’ que de forma expresa o tácita, consciente o inconsciente, las eligiese, analizase y articulase plásticamente”*⁵.

⁵ Weber, Max:(1984) “La acción social: ensayos metodológicos”, pág. 140. Editorial Península, Barcelona.

Adoptando el enfoque metodológico weberiano, se desarrollan – en los Capítulos de esta tesis- una selección de aspectos que de modo diferente pero complementario brindan el marco, para identificar y hacer explícitos los puntos de partida teórico – conceptuales del consumo problemático de sustancias en dialogo con el campo de la prevención. La orientación adoptada proporciona el sustento necesario para el análisis de la racionalidad preventiva que sostiene el programa seleccionado.

En Argentina las investigaciones del fenómeno del consumo de drogas, en términos de variaciones a lo largo del tiempo y de patrones de consumo por provincia y por región es escasa y no se encuentra debidamente centralizada⁶. Esta falta de sistematización de los datos hace que se desconozca, por ejemplo, cuantos usuarios de drogas decidieron o les impusieron hacer un tratamiento, cuantos usuarios de drogas recurrieron a otras formas para resolver o mejorar su situación, cuales fueron estas modalidades, cuántos los concluyeron, cuál es el porcentaje de recaídas de aquellos que fueron dados de alta, por mencionar algunos aspectos. Esta situación no es exclusiva de los programas asistenciales y se extiende también a los programas en prevención de drogas, siendo este terreno mucho más complejo de mensurar. No existe, en el ámbito de la República Argentina, ningún relevamiento confiable sobre los programas de prevención de adicciones en vigencia, y menos aún sobre sus resultados y eficacia. Este último

⁶ Resumen ejecutivo: “Estado de conocimiento y agenda de prioridades sobre los consumos problemáticos de drogas y sus respuestas socio – sanitarias en Argentina”, realizado por Camarotti, Capriati, Touris, Anciola, Barbieri y Ortiz, como resultado del Estudio Colaborativo Multicéntrico 2008/2009 “*Nuevos abordajes para la fijación de prioridades de investigación en salud: hacia la construcción de un sistema de fijación de prioridades*”, apoyado por la Comisión Nacional de Ciencia y Tecnología del Ministerio de Salud de la Nación

aspecto fue corroborado en las entrevistas mantenidas con investigadores sobre el tema⁷.

De acuerdo con este contexto se ponderaron fuentes de diversa índole a los fines de suplir este déficit. Se relevó la información estadística disponible sobre consumo de drogas⁸, se realizaron entrevistas a informantes claves (investigadores, funcionarios, directores de programa y responsables de asociaciones), y se examinó material documental entre las estrategias más relevantes.

Se entiende que el cruce de diferentes fuentes constituye una estrategia válida, para paliar la ausencia de información sobre las características y tendencia del fenómeno, y aproxima a la diversidad de acciones que se encuadran dentro del campo de la prevención de las adicciones.

Antes de explicitar el proceso de evaluación a desarrollarse, se considera pertinente aclarar la posición desde la que se realiza esta tarea. En primer lugar, la relación de exterioridad con el programa “QUIERO SER” y con la organización que lo ejecuta – la SEDRONAR - y en segundo lugar el interés profesional, debido a mi

⁷ Ver en anexo nota N° 7 extracto de entrevistas.

⁸ Hasta hace pocos años no existía ningún tipo de investigación sobre el tema (oferta y demanda). Recién en el año 2005 se creó el Observatorio, dependiente de la SEDRONAR, que realizó cuatro encuestas sobre consumo en población general (2004, 2006, 2008 y 2010), las que no son comparables entre sí.

Si son comparables y arrojan resultados que no alejan al país de la media internacional, tanto en drogas lícitas como ilícitas, la encuesta realizada por iniciativa del Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos denomina “Encuesta Nacional sobre Prevalencias de Consumo de Sustancias Psicoactivas – ENPreCoSP 2008, con la precedente del 2004 efectuada con la colaboración del SEDRONAR y el INDEC. Esta encuesta relevó 51.000 hogares, siendo el trabajo más exhaustivo que se haya realizado por su dimensión (más del 90% de la población nacional). Los datos obtenidos de la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en población de 16 a 65 años son los siguientes: Tabaco 76,2%, Alcohol 52,6%, Marihuana 6,9%, Tranquilizantes 3,5%, Cocaína 2,1%, Estimulantes 0,8%, Inhalables 0,6%, Éxtasis 0,4%, Pasta Base 0,2%. Citado en “*Documento Oficial del Comité Científico Asesor en Materia de Control del Tráfico Ilícito de Estupefacientes, Sustancias Psicotrópicas y Criminalidad Compleja sobre los Usuarios de Drogas y las Políticas para su Abordaje*” (2009)

inserción laboral desde hace unos años en la temática y específicamente en el campo de la prevención en una institución pública como el Centro Nacional de Reeducación Social -CENARESO. Este último aspecto puede resultar una ventaja –por el conocimiento sobre el campo de problemas– como una desventaja dado el alto nivel de implicancia con el objeto de estudio.

El procedimiento de evaluación implicó la consecución de los siguientes pasos:

- a) Familiarización con la organización: posición teórica e ideológica en relación con el campo a estudiar y características de la misma.
- b) Familiarización con el programa: lectura y análisis de la documentación existente sobre la instrumentación y funcionamiento del programa, lectura y análisis del programa en sí.
- c) Entrevistas semi estructuradas: a los responsables del área prevención de la organización y al equipo encargado del diseño y coordinación del programa.

El análisis de la retórica preventiva se realizó a partir de:

- a) Evaluación de necesidades: se refiere al estudio y análisis de las características del problema a resolver
- b) Evaluación del diseño y conceptualización: se refiere a la lógica entre la evaluación de necesidades, el programa propuesto y el problema a resolver. Esta relación se traduce en el modelo teórico causal y en el modelo de intervención.⁹

⁹ Modelo teórico: refleja las relaciones causales entre las diferentes variables y viene avalado por la investigación básica existente en el tema concreto que estamos evaluando. El Modelo de intervención: es el

El trabajo es de carácter cualitativo, con diseño descriptivo. La estrategia de investigación se apoya en las construcciones discursivas, conformadas por argumentos y elementos retóricos. Se entiende, que el análisis de la implementación de las políticas públicas requiere de una perspectiva teórica y metodológica amplia que posibilite el estudio de sus múltiples aspectos e interrelaciones. En este caso el estudio de la retórica preventiva del programa será de utilidad para pensar las formas de intervención sobre el problema. Las dimensiones a estudiar, serán abordadas utilizando diversas estrategias y técnicas de manera flexible que permita comprender el fenómeno en toda su extensión y complejidad, lo que supone apelar al principio de triangulación metodológica de datos y teórica.

Unidad de análisis:

La retórica preventiva del Programa Nacional “QUIERO SER”, dirigido a población escolarizada.

Dimensiones:

1. Evaluación de las necesidades que dieron origen al programa (caracterización del problema)
2. Evaluación del diseño y su conceptualización (modelo teórico de intervención)

Fuentes de datos

a) Primarias:

modelo teórico pero restringido a aquello que constituye realmente el programa. Adaptado de Francisco Alvira Martín (1997): “Metodología de la evaluación de programas: un enfoque práctico”. Editorial Lumen, Argentina

- entrevistas semi estructuradas a: funcionarios, responsables del diseño e implementación del programa, e investigadores, tanto del ámbito público como del privado.

b) Secundarias:

- Información estadística sobre las tendencias del fenómeno droga.
- Instrumentos jurídicos (debates parlamentarios, leyes)
- Investigaciones complementarias
- artículos académicos

Se escogió a la entrevista como técnica de recolección de información dada su versatilidad y correspondencia con el enfoque metodológico adoptado. La misma – como forma de cocimiento - permite captar significados que no son posibles de otro modo.

Ente de información:

- a) La Secretaría de Prevención y Lucha contra el Narcotráfico – SEDRONAR, organismo dependiente de la Presidencia de la Nación

Estado actual de los conocimientos sobre el tema.

Se inicia este apartado con la inclusión de la historia de las iniciativas preventivas generadas en Estados Unidos y en Europa, debido a la influencia que las mismas tienen en los programas actuales en la mayoría de los países de Latinoamérica,

incluida la Argentina. Asimismo, se describen algunos programas en prevención de adicciones aplicados al ámbito educativo en Estados Unidos, para luego dar cuenta de la experiencia latinoamericana al respecto. La información internacional fue obtenida de un informe de la CICAD – OEA¹⁰ que recomienda lineamientos en materia de prevención de adicciones en el ámbito educativo para los países del hemisferio.

Por otra parte se incluyen los resultados de dos investigaciones sobre evaluación de la implementación de programas preventivos en el ámbito educativo de la región de Andalucía en España.

a) Una historia reciente

En los últimos treinta años aproximadamente se han desarrollado acciones preventivas que configuraron el panorama actual de la prevención en general y de la prevención del abuso de drogas en particular. En la década del 70 se despliegan iniciativas que van desde las basadas en la *táctica del miedo* hasta aquellas que presentan información contrastada sobre hechos, en un intento por lograr que la juventud desestime el consumo de drogas¹¹.

Paralelamente en los Estados Unidos comienzan a destacar los programas preventivos (Schaps y Slimmon, 1975) centrados en características psicológicas, como por ejemplo la autoestima y en habilidades, como por ejemplo: la toma de

¹⁰ Lineamientos Hemisféricos de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas –CICAD- en prevención escolar. Organización de los Estados Americanos, OEA - Washington, DC 2005

¹¹ Arco Tirado J y Fernández Castillo A (2002) "Por qué los programas de prevención no previenen" en *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*. Vol. 2, Nº 2 pp. 209 - 226

decisiones, la resolución de conflictos, aspectos que parecerían distinguir a consumidores de no consumidores. Los programas sobre educación afectiva de Swisher (1979) son buenos ejemplos de esta nueva generación de programas preventivos basados en variables endógenas¹².

Hacia la década del 80, los investigadores empezaron a pensar que el medio más efectivo de impedir el consumo de drogas era ofrecer a la juventud acceso a experiencias que pudieran satisfacer el mismo tipo de necesidades que aquellos que consumían (excitación, alivio del aburrimiento, del malestar, desafío, etc), pero sin que mediaran sustancias farmacológicas, (Cohen1980)¹³. Otros teóricos defendieron alternativas que dieran a la juventud oportunidades de involucrarse en actividades comunitarias, en lugar de programas que enfatizaran la búsqueda de sensaciones, emergiendo de esta forma otro enfoque del problema, centrado en la importancia del contexto.

En esta década, se comprueba que los programas basados exclusivamente en información, presentan pocos cambios en actitudes y menos aún en conductas relacionadas con el abuso de sustancias. En esta misma línea Botwin (1983) señala que *“si bien el enfoque de educación afectiva ofrece un frente más envolvente”* resulta deficiente en dos aspectos: en primer lugar *“no tratan debidamente los factores psicosociales que fomentan el uso/abuso de sustancias, en particular lo referido a la presión de los semejantes”*; y en segundo lugar *“si bien son consistentes con la reducción de algunas de las motivaciones intrapsíquicas para participar en el uso de sustancias, los métodos utilizados para lograr estos objetivos resultan inadecuados, por cuanto no ponen énfasis en la*

¹² Loc. cit.

¹³ Ob. cit.p.212

enseñanza de habilidades, empleando técnicas de cambio de conducta demostradas empíricamente". Paralelamente a las observaciones de Botwin, va emergiendo y consolidándose una nueva generación de programas de carácter cognitivo – conductual, cuyo objetivo central es dotar a los individuos de habilidades y competencias personales, que les permitan resistir las influencias sociales que incitan al consumo.¹⁴

b) Experiencias de programas de prevención en el ámbito educativo en Estados Unidos

- Programa de habilidades para la vida – LST¹⁵ : es un programa universal para estudiantes de la escuela media que se aplica en el aula, está concebido para abordar una amplia gama de factores de riesgo y protección enseñando aptitudes generales, personales y sociales junto con educación normativa y de aptitudes de resistencia a las drogas. Su duración es de 3 años y está dirigido a alumnos de escuela intermedia o secundaria. Este programa ha sido estudiado en los últimos 16 años. Los resultados señalan que este programa de prevención puede producir de 59% a 75% de niveles más bajos (en relación con los controles) de uso de tabaco, alcohol y marihuana. Los datos de seguimiento de largo plazo que se realizaron en una prueba aleatoria en el terreno, que comprendió casi 6000 alumnos de 56 escuelas, hallaron niveles considerablemente más bajos de uso de

¹⁴ Loc.cit.

¹⁵ Gilbert Botwin. Institute for Prevention Research. Weill Medical College of Cornell University. New York. Web: www.lifeskillstraining.com

tabaco, alcohol y marihuana seis años después de la evaluación inicial de base. La prevalencia de fumar cigarrillos, el uso del alcohol y el uso de la marihuana entre alumnos que recibieron el programa de capacitación en aptitudes para la vida fue 44% más bajo que el de los alumnos del grupo de control y el uso habitual (semanal) de múltiples drogas fue 66% más bajo.

- Programa “Leones Educando” Fundación Club de Leones Internacional¹⁶
Lions Quest se basa en el modelo de habilidades para la vida, se dicta desde los 5 hasta los 18 años de edad y se divide en: habilidades para crecer, habilidades para la adolescencia y habilidades para la acción. Cada unidad se enfoca en construir una habilidad específica: autoconfianza, autodisciplina, comunicación interpersonal, toma de decisiones, resolución de problemas, resistencia a la presión de grupo, entre otras. El programa busca reforzar los factores de protección y disminuir los factores de riesgo, creando bases para el aprendizaje socio emocional. El currículo de “Leones Educando” ha pasado por evaluaciones intensivas y ha sido recomendado como un programa modelo de SAMHSA por CSPA, la División de Abuso de Sustancias del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. En cuanto a los resultados, los estudiantes que participan en el programa de enseñanza media han demostrado un aumento del 43% en sus conocimientos acerca de los riesgos del consumo de alcohol y drogas, y menos estudiantes Latinos, que estudiantes en escuelas de

¹⁶ <http://www.lions-quest.org>

control, se han visto envueltos en el consumo de alcohol ya sea de manera permanente u ocasional.

- Programa “Cultura de la legalidad” - NSIC¹⁷: Se ubica dentro del nivel de prevención indicada, dirigido a comunidades de alto riesgo evitando el comportamiento violento y las actividades ilícitas como el uso y el tráfico de drogas. El programa está activo en México, Colombia, Perú y El Salvador. Su objetivo es implantar en los estudiantes el mayor conocimiento de la ley y sus funciones protectoras. En cuanto a los resultados se ha encontrado que los estudiantes que participan han demostrado mejores destrezas en la resolución de problemas y toma de decisiones, además de reconocer los factores que llevan a la criminalidad.
- Programa “Juego del buen comportamiento”¹⁸: Es un programa desarrollado en Baltimore (USA), que comenzó a partir de numerosos estudios que mostraban que el bajo rendimiento, la agresión y la timidez en primer grado aumentan el riesgo de problemas durante la adolescencia y a adultez. Por ejemplo, las dificultades de aprendizaje en primer grado generalmente causaban depresión en la adolescencia. Un comportamiento extremadamente tímido tiende a generar ansiedad, mientras que los comportamientos agresivos, como por ejemplo ausencias injustificadas, violación de las normas o peleas, parecen predecir problemas futuros con el uso de drogas y alcohol, deserción escolar y delincuencia. En Baltimore, el

¹⁷ National Strategy Information Center (NSIC), Washington, DC

¹⁸ Dr. Sheppard Kellam – PAXIS Institute, <http://www.paxtalk.com>

Juego del Buen Comportamiento fue elegido para reducir los comportamientos agresivos y tímidos en la clase y para promover los comportamientos cooperativos. Se implementa a partir de recompensas cuando los niños se comportan adecuadamente y participan de las actividades. En cuanto a los resultados (a partir de la observación y codificación del comportamiento de los alumnos) los niños con comportamiento altamente disruptivo en la clase, luego de la aplicación del programa mostraron una leve mejoría cercana al 10%. El Juego del Buen Comportamiento es una estrategia convincente y universal de prevención, que cuenta con una buena trayectoria, basada en antecedentes teóricos y en repeticiones sistemáticas. Incluye estudios con grupo de control y seguimiento a largo plazo.

Se aclara que si bien, en algunos de los programas reseñados, se indican datos porcentuales respecto del impacto de los mismos en la población beneficiaria, no se identifican los procedimientos utilizados para medir los cambios, ni el contexto de aplicación para informar sobre la evaluación de resultados.

La inclusión de estos programas se vincula a la influencia que la perspectiva estadounidense tiene sobre los países latinoamericanos - incluida la Argentina - ya sea por la aplicación directa y monitoreada desde Estados Unidos, como es el caso de México, Colombia, Perú, entre otros, o bien por la adopción casi literal de este enfoque.

Los contenidos conceptuales se basan, en mayor o menor medida, en la teoría conductista, destacándose la preeminencia de un enfoque re-educativo como

estrategia para prevenir el consumo de drogas actual o eventual en población escolarizada.

c) Experiencias de programas de prevención en el ámbito educativo en Latinoamérica:

- Programa “trazando el camino”¹⁹, Costa Rica: Proyecto interinstitucional implementado por el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), el Ministerio de Educación y el Consejo Nacional de Drogas (ICD) de Costa Rica y que contó con la colaboración inicial de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Se lleva a cabo entre séptimo y noveno grado y tiene tres componentes: habilidades para la vida, la desmitificación acerca del consumo de drogas y la información sobre las drogas. Se ha desarrollado en un 60% de los colegios de Costa Rica y cuenta con evaluación de impacto y de proceso.
- Programa Preventivo en los diferentes niveles educativos – CONACE-MINEDUC, Chile²⁰:
- a) *Educación parvularia “En busca del tesoro”*: programa de prevención temprana orientado a niños y niñas de educación pre-escolar, formal y no formal. Ha sido diseñado para fortalecer valores, actitudes, habilidades y comportamientos para que los niños desarrollen un estilo de vida saludable, considerando sus maneras de aprender en situaciones reales y cercanas a

¹⁹ Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), <http://www.netsalud.sa.cr/ms/ministe/iafa/htm>

²⁰ Consejo Nacional para el control de estupefacientes. Web: www.conacedrogas.cl

su vida personal. El programa cuenta con material para el educador, para cada niño y su familia;

- *b) Educación básica “Marori y Tutibú”*: programa de prevención temprana dirigido a niños de primero a cuarto grado de enseñanza básica. Se base en la adquisición de destrezas y habilidades para enfrentar la vida de manera constructiva y autónoma. Considera cinco ejes: identidad, autocuidado, integralidad del ser, extensión del sentido de sí mismo y afectividad.;
- *c) Educación básica “Quiero Ser”*: dirigido a estudiantes de quinto al octavo año básico. Entiende la prevención como un proceso educativo integral, centrándose en la persona – no en las drogas – orientado al desarrollo de habilidades personales y sociales. Es flexible, autoaplicable y se imparte de manera secuencial durante cuatro años. Integra a las familias de los estudiantes en actividades.
- *d) Educación media “Yo decido”*: programa de prevención del consumo de alcohol y drogas para alumnos de primero a cuarto año de educación media. Tiene como ejes: adquirir información para la toma de decisiones en relación al consumo del alcohol /drogas, desarrollar habilidades protectoras frente al consumo y fortalecer los vínculos comunitarios.
- Programa “Somos Triunfadores” CONAPRED – Panamá²¹: La estrategia de prevención implementada en Panamá tiene por objetivo fortalecer la prevención escolar a través de la integración de todos los sectores

²¹ Comisión Nacional para el Estudio y la Prevención de los Delitos relacionados con drogas (CONAPRED).
Web: <http://www.opadro.com>

involucrados. Es un programa nacional dirigido a fortalecer en los educandos la adquisición de conocimientos, estilos de vida saludables y el desarrollo de habilidades sociales y personales positivas. Los contenidos del programa son comunicación, actitud positiva y optimismo, manejo de la presión de grupo y toma de decisiones, percepción de riesgo sobre el consumo de drogas y conductas sexuales de riesgo. El programa se efectiviza a través de talleres participativos e incorpora a las familias en sus dinámicas y actividades.

Con relación a los programas de prevención desarrollados en distintos países latinoamericanos, se observa – como ya se señaló - similitud con los modelos implementados en Estados Unidos. Esta relación se hace más evidente en los países con mayor cercanía geográfica al país del norte, productores de drogas y con una marcada relación de dependencia económica. No aparecen en el informe datos sobre los resultados de los programas ni el impacto en la población beneficiaria respecto del consumo de drogas.

A los fines de ampliar los marcos de mirada sobre el tema se incluyen los resultados de un estudio reciente de evaluación de dos (2) programas de prevención en el ámbito educativo en la región de Andalucía²², que resultan de utilidad –en cierto sentido – para el presente trabajo.

²² Lorence L, Hidalgo García M, Jiménez García L, Antolín Suárez L (2010) “Evaluación de la implementación de dos programas de prevención de drogadependencias en el sistema educativo andaluz: *Dino y Prevenir para Vivir*”. Universidad de Huelva, España, Revista de Educación 358.

El estudio brinda información sobre dos programas ampliamente difundidos en el territorio Andaluz: “*Dino*” y “*Prevenir para Vivir*”. Señala que la prevención en drogadependencias es una actividad compleja, en donde la escuela es el contexto adecuado para su implementación. Advierte sobre la necesidad de evaluar los programas, reconoce cierto avance en el tema y señala la ausencia de una evaluación completa y sistemática para muchos programas de intervención. Asimismo identifica una serie de indicadores que divide en:

Previos a la implementación de programas escolares:

- *Planificación previa a la implementación*: los datos disponibles indican que la participación de toda la comunidad educativa (familia, administración, profesores y estudiantes) facilita la aplicación del programa e incrementa la eficacia de resultados.
- *Evaluación previa a las necesidades*: identificación de las necesidades presentes en los participantes objeto de la intervención a los fines de adaptar el diseño del programa a su realidad concreta.
- *Perfil profesional y formativo*: las personas responsables de aplicar el programa deben estar comprometidos con la escuela, sensibilizados con los objetivos y haber recibido el entrenamiento, apoyo y supervisión suficientes.

De implementación:

- *Contenidos:* la literatura relevada indica que el Modelo de Influencias Sociales, como por ejemplo: información sobre las consecuencias del consumo de drogas, entrenamiento en habilidades de resistencia e información normativa son más eficaces que los basados exclusivamente en transmisión de información y cuestiones afectivas. También señala que algunos autores concluyeron que los contenidos relacionados con el entrenamiento y fortalecimiento de habilidades para la vida cotidiana (estrategias de negociación, autoestima, toma de decisiones, autocontrol), resultan eficaces.
- *Duración:* no hay acuerdo sobre el número de sesiones, más bien información opuesta. Otros autores concluyen que no existe una duración ideal, ya que la intensidad de un programa debe estar determinada por el nivel de riesgo existente.
- *Periodicidad de las sesiones:* es preferible que la intervención se distribuya a lo largo de un periodo temporal amplio y en un número considerable de sesiones breves, a que se concentre en pocas sesiones de larga duración.
- *Participación de la familia:* se entiende que el desarrollo de actividades conjuntas entre padres e hijos aumenta la eficacia de los programas preventivos dada la importancia de la familia como contexto de socialización para el desarrollo infantil y adolescente.

Capítulo 1

En este Capítulo, se harán explícitas las ideas y concepciones respecto del uso problemático de drogas. Se iniciará con una revisión de las diversas prácticas de utilización de productos de disímil valor narcótico, con el fin de arribar a una comprensión de las coordenadas socio-históricas que posibilitaron las condiciones de posibilidad para la emergencia del llamado “problema de las drogas”. Asimismo, se propone un debate que permitirá pensar la ubicación del fenómeno de las drogas en el campo de las llamadas problemáticas sociales complejas.

a) Apuntes sobre la historia de las drogas en Occidente

Gran parte de la literatura sobre el fenómeno del uso de drogas, permite afirmar que todas las sociedades han utilizado y han mantenido relación con distintas sustancias. Si bien se podría señalar que esto es cierto, también tendría que decirse que en un sentido lo es parcialmente.

En las sociedades antiguas, el uso de sustancias era concebido como una forma de acercarse a los dioses, siendo privilegio de jefes y hechiceros. Existía un uso ritual integrado en el universo simbólico, que formaba parte de la vida diaria de los pueblos y estaba sujeto a determinadas reglas. Lo sugerente es que esta utilización ritual no ha supuesto en las distintas sociedades problemas de adicción.

En los siglos XVII y XVIII si bien no existe un término para indicar lo que se entiende por droga, es decir una sustancia *“capaz de ensanchar el campo de conciencia y poner al usuario al nivel de otra realidad”*²³, era habitual en el Occidente preindustrial el consumo de sustancias narcóticas, con una función explícitamente médica. En la Antigua Francia el uso del opio, por ejemplo, se empleaba para atenuar el dolor y también como “tranquilizante”, como un anestésico para poder tolerar los malestares de la vida. Estas prácticas, aun aquellas que no respondían a causas estrictamente médicas, no tenían una denominación en particular, constituían *“una práctica sin nombre”*²⁴.

²³ Vigarello, George: “La droga tiene un pasado” en Alain Ehrenberg (dir.) (1991) *Individuos bajo influencia*. Editorial Nueva Visión. Buenos Aires.

²⁴ Ob. cit. p.80

Es recién a principios del siglo XIX donde empieza a surgir un nuevo registro de sensaciones y se comienza a indagar en las profundas modificaciones de la conciencia que experimentan los consumidores de opio. Hay un modo renovado de acceso a las sustancias, una necesidad íntima de experimentar y de ampliar los márgenes de la conciencia. *“Aparece un nuevo registro de sensaciones explícitamente psicológico, que vuelve totalmente inédita la experiencia”*.²⁵ Hay una búsqueda interior, una manera distinta de sentir el cuerpo, de conocer los propios límites, hay una experimentación con la propia singularidad.

Recordemos que el siglo XIX, fue un período de cambio, momento de ruptura, de transición, de tensión y de feroz competitividad en nombre del progreso, donde se conjuga la química con la técnica. Con la Revolución Industrial cambia para siempre la forma de vivir. Se asiste a un desarrollo acelerado del transporte y de las comunicaciones, de las industrias químico - farmacéuticas, de la tecnología y de las ciencias, especialmente médicas que pasan a ocupar el lugar de la fe religiosa. Los efectos de estas transformaciones produjeron una subjetividad distinta, dispuesta a satisfacer sus deseos de consumo de todo tipo de objetos.

Podría decirse que, el progreso económico, la tecnología, la ciencia y una necesidad de conocerse a sí mismo, constituyeron las condiciones para la extensión del uso de drogas en los países de Occidente, especialmente en Inglaterra.

²⁵ Ob. cit. p.87

A fines del siglo XIX se comienzan a vislumbrar los efectos del desarrollo industrial en la vida de las personas. El consumo de sustancias empieza a representar un peligro dado que está desregulado, es decir, fuera del dominio de los rituales colectivos, a la vez que ejerce una fascinación, ya que propone formas de vida alternativa organizada en torno a otro sistema de valores.

De esa época datan los primeros estudios que correlacionan la salud mental y la vida en las grandes urbes. George Simmel en un ensayo de 1903, dice “...*El individuo tiene que resistirse a ser aplastado y destrozado por una maquinaria sociotecnológica como la metrópolis.....porque ocultar los síntomas de complejo provocados por el frenesí de la vida moderna era la única forma de tolerar su dureza. Nuestra única salida.....es cultivar un falso individualismo a través de la búsqueda de señales de status, moda o signos de excentricidad individual*”²⁶

Por ende, podría afirmarse que el consumo de drogas se expresa más claramente como un fenómeno ligado a los procesos de urbanización creciente.

El siglo XX inaugura una nueva etapa, se construye la noción de toxicomanías²⁷ como una problemática desde un discurso moral y legal. La palabra toxicómano hace referencia a aquellas personas que “*por costumbre, se intoxican con productos diversos con la finalidad de procurarse sensaciones agradables cuya forma e intensidad varían según la naturaleza y calidad del tóxico utilizado, sensaciones que pueden ir de la atenuación o el cese de un dolor físico, de la*

²⁶ Simmel G. (1903) “The Metropolis and Enthal life”. Existe traducción en castellano: Simmel G “Las grandes urbes y la vida del espíritu”, en *El Individuo y la libertad*, (1986) Barcelona, Península.

²⁷ Término francés: toxicomanie: Adicción a las drogas. “Glosario de términos de alcohol y drogas”. Editado por la Organización Mundial de la Salud en 1994, bajo el título *Lexicon of Alcohol and Drug Terms*.

*simple euforia, de la excitación agradable, hasta los sueños, las alucinaciones, los goces, las voluptuosidades misteriosas de los paraísos artificiales*²⁸.

La emergencia de las toxicomanías como fenómeno social, supone un cambio radical en la forma en que se usaban las sustancias, no sólo por el tipo de relación que se establece con ellas, sino también por el significado que adquieren para el cuerpo social.

Después de la segunda guerra mundial, llega a su plenitud el auge por el consumo, que durante tres décadas definió la etapa de oro del capitalismo. Fue la época de auge y desarrollo de los Estados de Bienestar. Pero esta situación de crecimiento tuvo un punto de inflexión a nivel mundial con la crisis económico – financiera de los años 70, que se profundizó²⁹ hacia los 90, dando paso a la conformación de un nuevo orden social organizado en torno al valor de cambio.

El Estado se ha reducido a su mínima expresión y el mercado ha tomado una nueva dimensión que inaugura una nueva etapa histórica: el neoliberalismo³⁰.

En pocos años se produce el pasaje de un modelo incluyente a uno fuertemente excluyente cuyos efectos en la esfera de la subjetividad fueron múltiples: ruptura de lazos sociales, fragilización de las relaciones laborales, aumento del individualismo, sensación de incertidumbre frente al futuro, entre otros efectos.

²⁸ Louis Viel, "La toxicomanie", en La Presse Médicale, Paris, 1900. Citado en Vigarello, George: "La droga tiene un pasado" en Alain Ehrenberg (dir.) (1991), Ob. cit.

²⁹ La caída del Muro de Berlín y del bloque socialista, la hegemonía militar de los Estados Unidos, la creciente globalización de los mercados y el continuo avance científico – tecnológico han sido los procesos que han marcado el pasaje a las llamadas sociedades post liberales.

³⁰ "...fenómeno diferente al liberalismo clásico, como una reacción teórico política contra el Estado intervencionista y de bienestar, sentando las bases para un capitalismo más duro y desregulado", en Perry Anderson (1997) La trama del neoliberalismo, Oficina de Publicaciones del CBC, UBA

El mercado le impone su lógica a la sociedad. Una lógica que se ha desregulado de las formas tradicionales de consumo, para dar paso a formas que enaltecen la aceleración, el recambio de objetos, de sensaciones, la búsqueda inmediata del placer. Los teóricos del postmodernismo afirman que ha nacido una cultura de la felicidad en la que el deseo se ha exacerbado y se vive sin culpa: *“la felicidad predomina sobre el mandato moral, los placeres sobre la prohibición, la seducción sobre la obligación”*³¹. Se estaría en presencia de un nuevo estatuto de la moral y el deber, dónde la obligación ya no es hacia otros o hacia un fin superior sino hacia uno mismo, hacia el propio bienestar, se registra una exaltación del yo. Los deberes hacia uno mismo se transforman en derechos subjetivos, es decir, yo puedo hacer lo que quiero, hacer valer la propia ley sobre la Ley.

En el contexto del bienestar consumista el individuo libre y soberano modifica su estado de conciencia haciendo uso de su libertad. Las sustancias comienzan a adquirir otra carga simbólica, expresan la libertad absoluta, la disposición sobre el propio cuerpo, pero como contrapartida vienen a tensionar los límites de la libertad y de la esfera privada. Como diría João Fatela, *“la toxicodependencia es una de las figuras más enigmáticas de la condición moderna”*³², o más bien de las sociedades postmodernas.

b) La ciencia moderna y el problema del abuso de drogas

Cómo se señaló en el punto anterior, el uso abusivo de drogas constituyó una de las tantas problemáticas que emergió a la par de los procesos de urbanización

³¹ Gilles Lipovetsky (1994) *El crepúsculo del deber* Editorial Anagrama, Barcelona (pág. 50)

³² João Fatela: “Drogas y ambivalencias de la subjetividad” en Alain Ehernberg (dir), (1991), Ob. cit.

acelerado que caracterizaron a las sociedades modernas. Desde el punto de vista científico, es un tiempo de cambio, invención y avances tecnológicos bajo la égida del paradigma positivista que reinó en Occidente y que tiñó la forma de hacer ciencia.

Dicho paradigma se asentaba en la idea de la existencia de leyes generales del universo, en el método de laboratorio, en el establecimiento de relaciones causales como modelo de explicación y comprensión de los fenómenos. Los hombres de ciencia afirmaban “el universo es ordenado y está sujeto a leyes”, quedando por fuera de interés todo lo que no responda a este enunciado, lo contradiga o lo relativice.

Las disciplinas humanísticas, adoptaron este modelo de conocimiento, so pena de quedar reducidas a meras especulaciones sin valor científico. Sin embargo, con el paso del tiempo las voces de incomodidad comenzaron a sentirse, dándose paso a otros enfoques que incorporan las especificidades, las variaciones temporales, y la existencia del azar como elementos constitutivos de los fenómenos que se pretenden conocer.

Pero pensar en términos de variaciones no resulta sencillo, Gastón Bachelard expresa: “*se es muy apegado a lo que se ha conquistado penosamente*”³³. Cuando se ha llegado a alcanzar determinado saber, hay una fuerza presente que se alza contra toda posibilidad de reconsiderar, replantear o repensar. En este sentido podría decirse, que el conocimiento es la principal traba para el conocimiento, dado que congela, detiene, pone un freno a ulteriores desarrollos. De algún modo,

³³ Bachelard Gastón (2000): “La formación del espíritu científico”. Editorial siglo XXI, México

las dificultades para ejercer un pensamiento complejo constituyen el primer obstáculo a vencer.

La problemática del uso de drogas, requiere para su análisis y comprensión de una perspectiva holística que posibilite situar los problemas en un contexto más amplio. Al respecto Paul Watzlawick expresa *“Un fenómeno permanece inexplicable hasta que el campo de observación no es lo suficientemente amplio para incluir el contexto en el que el fenómeno se verifica. [...] El centro de interés ha pasado de la mónada aislada artificialmente a la “relación” entre las partes de un sistema más amplio”*³⁴.

El desarrollo de nuevos modelos de conocimiento, que se podrían adjetivar como holísticos, relacionales, constructivistas, permitirá trabajar con mayor profundidad los problemas humanos y ampliar los márgenes de comprensión de los mismos en el contexto en que se desarrollan.

Si se parte de la clásica definición de uso de drogas producida por la Organización Mundial de la Salud³⁵, se observa que la misma se limita a explicar el uso de drogas como una relación unicausal, donde una sustancia produce reacciones farmacológicamente determinadas. Esta definición da cuenta, de la pregnancia del paradigma positivo y su intento por encasillar, categorizar, separar al fenómeno en partes para lograr su control.

³⁴ Paul Watzlawick et al (1971) La comunicación humana, p. 14 – 15. Barcelona, Kairos

³⁵ “droga es toda sustancia química que incorporada al organismo produce una serie de modificaciones sobre sus funciones”

Los límites conceptuales de esta propuesta se ven desbordados por una multiplicidad de factores, sociales, culturales, económicos, geográficos que modifican las prácticas de consumo de drogas y sus efectos.

Por tanto, se propone una definición de uso de drogas más amplia y que de cuenta de la heterogeneidad de patrones y “perfiles” de consumo: *“Se entiende por uso de drogas toda sustancia química, que incorporada al organismo, produce una serie de modificaciones sobre sus funciones, que a la vez están mediatizadas por el contexto social, económico y cultural del grupo que la utiliza”*³⁶.

Esta definición abre un amplio paraguas de posibilidades de prácticas de consumo, y de efectos de las sustancias sobre las personas que las consumen, componiendo un mapa sumamente complejo, diversificado y heterogéneo.

Por tanto, podría afirmarse que se está frente a una problemática que rebasa los límites de las disciplinas. Es un tema que no logra ser abarcado, explicado, ni dominado totalmente por ningún campo científico, dado que no se trata solo de una cuestión médica, psicológica, antropológica o de una modalidad delictiva, sino de un ámbito en el que entran en conflicto diversos saberes.

En conexión con lo que se viene planteando y con el propósito de incorporar otro punto de vista en la comprensión de la complejidad del fenómeno, propondría reflexionar sobre la cuestión del deseo. Si bien desde distintos campos del saber se lo ha problematizado en el pensamiento occidental, no es en general tenido en cuenta en el discurso sobre la prevención de las prácticas de consumo de drogas.

³⁶ Eduardo Menéndez, citado por Oriol Romaní en “Criterios de Prevención un debate necesario”. Serie Políticas Sociales, División de Desarrollo Social – CEPAL, Santiago de Chile, 2002.

Su incorporación, ayudaría a comprender la naturaleza humana y por ende las acciones de los sujetos.

Si bien la filosofía occidental ha sido fundamentalmente ascética, nos ha dejado una lección de alcance antropológico: el ser humano desea, todos estamos en la misma situación. Todos ansiamos cosas en la búsqueda de un estado de no sufrimiento. Intentamos acopiar, atesorar, ingerir (bebidas, comida, sexo, dinero) sin reparar en el hecho de que por mucho que incorporemos seguimos estando vacíos e insatisfechos. Esto es así, porque solemos olvidar que la naturaleza del deseo es ser insaciable. Por tanto, una existencia basada en la ilusión de encontrar objetos adecuados implicaría someterse a la fuerza tiránica de los deseos. Si se sigue esta línea de pensamiento, podría pensarse que las prácticas de consumo de drogas constituyen un acto mal calculado, es decir, una respuesta a la cuestión humana de la búsqueda del bienestar.

Sin embargo, algunos pensadores³⁷ se preguntan si no es posible armonizar la naturaleza del deseo –de ser insaciable - y del placer. Esto implicaría pensar al placer como apaciguador del sufrimiento, es decir, si el dolor cesa daría paso a una sensación de alivio placentera, que detendría – en cierto modo - el movimiento del deseo como motor del bienestar. Desde este punto de vista, el deseo ya no sería insaciable y la consecución de un estado de satisfacción sería posible.

Esta posición filosófica diría que el remedio contra lo insaciable es el pensamiento, *la posibilidad*³⁸ y la conveniencia de comprometerse en un régimen distinto de

³⁷ Ver la posición de Epicureo y su teoría sobre la estructura negativa del placer visto como cese del sufrimiento y por tanto del deseo. El deseo no aparece como nada inquietante sino controlable. En Giulia Sissa (1997) "El placer y el mal" (pág. 75) Editorial Península, Barcelona.

³⁸ Agregado a la cita

preocupación³⁹. Quizás sería relevante pensar la noción del deseo como una categoría en el discurso de la prevención del uso de drogas, dado que el deseo constituye una dimensión invariable de la subjetividad.

Capítulo N° 2

En este Capítulo se realizará un trazado por los diferentes enfoques, que durante el siglo XX y hasta la actualidad han construido las formas del saber y del hacer en el campo de la prevención de las adicciones. Cada una de las corrientes define al uso de drogas, al sujeto que consume y a las prácticas preventivas de forma particular. Este recorrido, no solo dará cuenta de la concurrencia – muchas veces contradictoria– de diferentes líneas sino también de su ligazón con el contexto socio – político que posibilitó su emergencia.

Asimismo, se propondrá un análisis de las representaciones, ideas y valoraciones que estos enfoques han instituido y que atraviesan – en mayor o en menor medida – a las prácticas preventivas vigentes, a los fines de lograr un acercamiento conceptual al objeto de la prevención.

³⁹ Ob. cit. p.181

a) Los enfoques en prevención de adicciones: una mirada en perspectiva histórica

A grandes rasgos, se pueden mencionar diversas corrientes conceptuales que han problematizado el campo de la prevención. Las propuestas mantienen su vigencia y producen efectos en la práctica preventiva hasta nuestros días.

Una de ellas es la prevención por niveles de Gerald Caplan⁴⁰ que se instala como política revolucionaria en materia de salud mental en Estados Unidos durante la administración de John F. Kennedy:

Prevención Primaria:

Según Caplan, la “prevención primaria” es un concepto comunitario, su fin es disminuir la incidencia de casos nuevos de trastorno mental. Supone la organización de la comunidad en “agentes de salud” para facilitar la detección de las condiciones que hacen que las personas se enfermen. Reconoce la presencia de factores individuales (predisponentes) y de contexto.

Este nivel, en el campo de las adicciones, dirige sus acciones para evitar tanto la aparición de problemas individuales como sociales. Sus destinatarios principales son los *no toxicómanos*, comprendiendo a los no consumidores o bien a los consumidores ocasionales. Esta línea de trabajo, se sustenta en los siguientes elementos: una buena información, una adecuada educación y un programa de alternativas comunitarias.

⁴⁰ Caplan Gerald: (1966) “*Principios de psiquiatría preventiva*”. Buenos Aires, Paidós.

Si bien el autor reconoce la eficacia de este primer nivel de prevención, señala sin embargo que una parte de la población será afectada, es decir, padecerá algún tipo de trastorno. Para este grupo se destina el segundo nivel.

Prevención Secundaria:

Es una forma especial de asistencia destinada a disminuir la prevalencia, es decir, la duración de los casos probados de enfermedad en un período determinado. Se trata de un dispositivo que permite el diagnóstico precoz y apunta a intervenir en el período agudo lo antes posible. Su propósito es evitar la cronicidad y la aparición de secuelas.

En el campo de las adicciones, sus acciones están dirigidas a evitar el desarrollo de una situación de dependencia mediante el establecimiento de un diagnóstico precoz o bien el de una adecuada intervención en momentos de crisis. Los destinatarios que define este nivel de abordaje, son personas que consumen drogas de forma esporádica y usuarios habituales de sustancias que no sobrepasan ciertos niveles, es decir, que no han desarrollado una relación de dependencia con las sustancias.

Prevención Terciaria:

Apunta a reducir las secuelas producidas por la enfermedad y a conservar los aspectos sanos del tejido social. Esta forma de rehabilitación favorece la integración a nivel comunitario.

Su aplicación en el campo de la adicción, supone acciones dirigidas a retener o retrasar los problemas físicos y psíquicos generados por la dependencia. El

elemento central de sostén está constituido por el dispositivo asistencial. El perfil del destinatario de este nivel son los toxicómanos.

Vega Fuente (1992) presenta una clasificación muy ilustrativa de los diferentes modelos⁴¹ actuales de interpretación sobre la problemática de las drogas. Estos modelos, tras los que se ocultan unos valores, una ideología y unos intereses, han operado como verdaderos paradigmas hegemónicos señalando la dirección de las prácticas preventivas.

Modelo Ético-Jurídico:

Esta concepción se estructuró a principios de siglo XX en Estados Unidos, bajo el influjo del movimiento prohibicionista. Propone una mirada donde la droga es pensada como elemento activo: *“la droga te atrapa”*. Se clasifica a las sustancias en legales e ilegales, tornándose la dimensión ilícita en el agente causal del problema. En este contexto el sujeto que consume sustancias transgrede la ley y por tanto es considerado un delincuente.

Este modelo se instala en una lógica basada en valores absolutos y dicotómicos. Aquellos que transgreden la ley son considerados “desviados”, aquellos que la respetan “normales”, aquellos que consumen sustancias “viciosos”, los que no las consumen “sanos”.

Así caracterizado el problema, las acciones se orientan a controlar al agente causal: la droga. La legislación penal, se constituye en el principal instrumento

⁴¹ Por modelo entendemos a un “esquema sintético y abstracto que ordena en una construcción rigurosa los elementos de la realidad” en Ramírez Monagas, B (1987) “Del modelo geopolítico estructural”, en La cuestión de las drogas en América Latina. Una visión global. Caracas: CONACUID.

para evitar la producción, la distribución, la comercialización y el consumo de sustancias ilícitas. En continuidad con esta línea la prevención se orienta a evitar el consumo de drogas prohibidas. Sus acciones se basan en mensajes con fuerte contenido moral, donde la amenaza de sanción se impone como el eje central del discurso.

Modelo Médico Sanitario:

Esta concepción se consolida a principios de la década del 40. Las sustancias se constituyen en el factor etiológico en función de su toxicidad o potencial adictivo, que da lugar a las clasificaciones entre drogas “duras” y “blandas”. El uso de drogas se asimila al de una enfermedad infecto-contagiosa. Nuevamente la droga es considerada el agente activo que se introduce en la persona, infectándola. En este sentido remite a la tríada clásica: agente (la droga), huésped (la persona) y contexto (lo social).

Este modelo introduce los conceptos de factor de riesgo y de grados de vulnerabilidad inscribiendo su accionar en el campo de la Salud Pública. Incorpora la noción de tratamiento, debido a que propone prácticas de desintoxicación para eliminar la droga o bien de su control por medio de programas de sustitución.

Desde el punto de vista de la prevención, sus acciones se encaminan a evitar el uso indebido de drogas mediante la información de los daños producidos por las mismas. Esto da lugar a la profusión de materiales con imágenes que se refieren a las sustancias. El discurso de los mensajes preventivos se orienta al reconocimiento y detección de los síntomas vinculados a las prácticas de consumo.

Modelo Psico- social:

Este modelo se consolida en Estados Unidos en la década del 60. En cuanto a las sustancias, no plantea distinción entre drogas lícitas e ilícitas o entre drogas duras y blandas. A diferencia de los enfoques anteriores, el eje se desplaza de las sustancias propiamente dichas a las personas, priorizando el tipo de vínculo que las personas establecen con las sustancias, distinguiendo entre consumo ocasional y esporádico o reiterado o compulsivo. El contexto es considerado clave como variable que interviene en la conformación de actitudes y comportamientos en su dimensión microsocia, es decir, tanto a nivel grupal como a nivel familiar. Por tanto, la adicción es considerada un síntoma, producto de una patología de base en el individuo y de su contexto inmediato. Para este enfoque el adicto es un enfermo y enmarca su accionar en el campo de la salud mental.

En relación a la estrategia de tratamiento, propone una mirada no solo centrada en la eliminación del consumo, sino también en el abordaje de situaciones causantes del mismo.

En cuanto a la estrategia preventiva, este enfoque prioriza la prevención inespecífica privilegiando la formación de actitudes de autocuidado y el mejoramiento de las relaciones interpersonales. La transmisión de información no es ya la tarea principal, sino el uso de técnicas tendientes a mejorar la comunicación intra e intergrupala, reforzar la autoestima y la asunción de roles en los espacios sociales donde estos se despliegan. Estas acciones tienen como

presupuesto que si se disminuyen las situaciones de conflicto individual y grupal disminuirá la demanda de drogas.

Modelo socio-cultural:

Esta concepción surge en la década del 70. El eje sobre el cual se vertebra la propuesta es el contexto, entendiendo al mismo en su dimensión macrosocial. En este sentido propone una lectura de los factores culturales y socio-económicos como determinantes de las situaciones de consumo. Nuevamente el consumo de drogas es considerado un síntoma, pero no ya en términos psicopatológicos sino sociales, es producto de las disfunciones del sistema. De acuerdo a su contexto de aplicación – países con diferentes grados de desarrollo - este modelo admite diferentes lecturas.

En los Países Centrales, el uso de sustancias se relacionaba, por un lado, como una manifestación de rebelión juvenil frente al mundo adulto, por otro con un sentimiento de desinterés por lo social y de huída de la realidad: “el uso indebido de drogas constituye el síntoma evidente de una patología social característica de las sociedades industriales, cuyo desarrollo obstaculiza el verdadero florecimiento de la personalidad de los jóvenes” (Unesco, 1973). Se acuña así, el concepto de inadaptabilidad de los jóvenes a las condiciones de vida que imponen los países industrializados. En este marco el discurso de la prevención se encamina a la promoción de estilos de vida alternativos a los que propone el sistema.

En el caso de los países “Periféricos” el uso de drogas se asocia a pobreza y a falta de oportunidades y no a una actitud contestataria juvenil. Las acciones en prevención se orientan hacia el campo de la acción social, priorizándose la

instalación de programas de carácter inespecífico donde la salud se promueve como valor social con el fin de mejorar la calidad de vida.

Modelo Geopolítico:

Surge en la década del 80, más específicamente en el año 1987 a partir de la CONACUID (Comisión Nacional Contra el Uso Ilícito de las Drogas) de Venezuela. Este discurso ve a la droga como “enemigo” y al traficante –objeto central de este discurso – como narcoterrorista. Esta perspectiva define al problema del tráfico y consumo de drogas como “un hecho social, cuya características fundamental es la de ser un fenómeno global, complejo y complicado, desigual y combinado” (Ramirez Monaga, *et al*, 1987). Esta definición caracteriza al tráfico y consumo de drogas como la resultante de diversos factores (económicos, sociales, políticos, demográficos, entre otros) y los considera cuestión de Estado.

Es en esta década donde la cocaína surge como droga principal. Estados Unidos, registra el número mayor de consumidores de cocaína y marihuana. En este contexto aparece el discurso jurídico transnacional, ya que las drogas que se producían fuera del país no debían llegar a Estados Unidos. Paralelamente y como producto de este discurso y de los medios de comunicación, se crean algunos estereotipos en donde los “latinoamericanos” son los traficantes responsables del mal de la sociedad norteamericana.

Se inicia la llamada guerra contra las drogas. Desde este enfoque se va a hablar de países víctimas y países victimarios y también desde aquí no se van a establecer diferencias entre el delincuente y el traficante, por un lado, y entre el enfermo y el consumidor por el otro. Este enfoque realza el papel del Estado en la

prevención a través de la intervención coordinada de los distintos organismos relacionados con la materia a fin de establecer procedimientos combinados entre sectores.

Todo este discurso que se venía planteando y se genera en Estados Unidos, va a ser adoptado por América Latina, soslayando las diferencias económicas, sociales y culturales de cada uno de los países de la región.

A partir de la Prevención por Niveles y de los Modelos, se han desarrollado otras tendencias que marcan el trabajo preventivo y que son ampliamente utilizadas, en el ámbito educativo:

Prevención específica

Este enfoque nace en la cultura norteamericana. Su objetivo concreto y explícito es lograr la disminución y/o desaparición del consumo de drogas. No prioriza el marco situacional en el que el consumo de drogas se desarrolla poniendo el acento en las sustancias y en sus efectos. El hecho de que una sustancia sea caracterizada como droga la constituye en un problema en sí.

Las prácticas preventivas se orientan a evitar el contacto con las drogas, fundamentando su discurso en razones de orden moral y/o médicas. Se tiende a enfatizar el carácter nocivo del objeto droga sobredimensionando el poder de sus efectos y consecuencias.

El eje del trabajo es la información y la persuasión. Los métodos se basan en la emisión de consignas a través de campañas publicitarias masivas o en consejos dados por los expertos en salud.

Prevención inespecífica:

Este enfoque surge de la mano de la tradición europea, vinculado a los resultados poco satisfactorios de los programas de prevención específica y a una concepción del hombre alejada del pragmatismo de la cultura norteamericana.

El aporte de esta corriente radica en una visión más amplia de la etiología del uso de drogas y la importancia de la contextualización para encarar estrategias preventivas. Por lo tanto, esta perspectiva se orienta hacia el estudio de las condiciones que favorecen el surgimiento de las conductas adictivas. Se corre el foco de atención de las sustancias en sí, al contexto, tratando de alterar los consumos de manera indirecta. Su estrategia se desarrolla en el marco de las relaciones sociales cotidianas, tiene más que ver con la creatividad que con la aplicación de modelos estándares. Trata de intervenir positivamente en los estilos de vida, en la participación social en proyectos de carácter colectivo, en la situación del sistema educativo, en las condiciones del mercado de trabajo, en el papel de los medios de comunicación, entre otros aspectos.

El eje del trabajo se basa en la utilización de los canales habituales de socialización y los métodos principales se centran en la discusión grupal de las situaciones identificadas como problemáticas.

Con el fin de desplegar todas las clasificaciones existentes, se incluirá una variante que se ha desarrollado desde la perspectiva de la educación sobre las

drogas, integrada en el marco más amplio de la promoción de la salud. Los modelos que a continuación se detallan se han extendido en los países Europeos entre la década del 80 y 90.

Modelo prescriptivo:

Cómo su nombre lo indica, en este modelo la posición del profesional (técnico – especialista) es el que establece lo que hay que hacer. La población debe hacer caso y asumir lo que el profesional indica. El eje de trabajo es la información, cuyo objetivo es persuadir para la modificación de un comportamiento. Los métodos principales, se basan en la emisión de consignas a través de campañas publicitarias en los medios de comunicación masiva y en consejos emitidos por los responsables en salud. Este enfoque se dirige a toda la población indiscriminadamente.

Modelo participativo:

Constituye la contrapartida del modelo anterior. El profesional se corre de la posición de saber tradicional y construye un diagnóstico de situación conjuntamente con la comunidad, tratando de identificar en este proceso los problemas y las posibles soluciones. El eje de trabajo se apoya en la educación integral a través de los canales habituales de socialización de los grupos poblacionales. Sus métodos principales se basan en la discusión en grupos de trabajo, lo que permite la emergencia de valores, representaciones, actitudes frente al consumo, entre otros aspectos. Se dirige a sectores específicos en su contexto social particular.

En la actualidad hay una nueva clasificación propuesta por el NIDA (National Institute of drug abuse) que centra su interés en la población a la que se dirige la acción preventiva y en los niveles de vulnerabilidad de la misma

Prevención Universal:

El grupo destinatario de estas actuaciones será la población general, sin distinción, por eso se la denomina universal. Este nivel de prevención propone fortalecer valores, actitudes, conocimientos y habilidades para un estilo de vida saludable y el desarrollo de una actitud crítica frente al consumo de drogas.

Prevención selectiva:

Los destinatarios serían grupos de la población en situación de mayor riesgo de consumo en comparación con el anterior, como por ejemplo los hijos de personas que usan drogas o alumnos con problemas de rendimiento escolar. De ahí que se la denomine selectiva

Prevención indicada:

Va dirigida a grupos concretos de consumidores o a personas con comportamiento de alto riesgo, que ya están probando drogas o bien ya han establecido una relación problemática con las drogas. Para este grupo se diseñan intervenciones en reducción de daños.

Este recorrido conceptual, si bien no es exhaustivo, permite no perder de vista la dimensión histórica en la cual se han ido desarrollando las prácticas y las acciones

preventivas en el campo de la salud en general y de las adicciones en particular. Si bien, en teoría estas corrientes enfatizan formas de abordaje diferentes, en la práctica las metodologías de intervención preventiva emplean características de más de un modelo desdibujando las diferencias radicales en las que se fundamentan.

b) Mapa conceptual sobre la prevención: certezas en jaque

A partir de la revisión de los modelos, enfoques, niveles, corrientes, se configura un terreno pantanoso llamado “la prevención del las adicciones”, en cuyo ámbito se conjugan, en un dialogo muchas veces conflictivo, dispositivos (discursos, leyes, instituciones, enunciados científicos, principios morales, etc) de niveles muy variados.

En primer lugar, la confluencia de los enfoques antes reseñados ha construido una polifonía en torno a la palabra “prevención”, que tiene implicancia directa en las diversas formas que asume la intervención en este campo. Con el fin de enmarcar teóricamente la posición, cuando hablamos de “campo”, se parte de la conceptualización de Pierre Bourdieu⁴²: *“espacio de juego históricamente constituido con sus instituciones específicas y sus leyes de funcionamiento propia”...“sistemas de posiciones y de relaciones entre posiciones”* Siguiendo esta línea el campo es una arena de batalla por la imposición del sentido legítimo de lo que allí está en juego, en este caso se traduce en una lucha de paradigmas

⁴² Pierre Bourdieu (1988) “Cosas dichas”. Editorial Gedisa, Buenos Aires

respecto de cómo entender la prevención, que estrategias emplear, y como lograr el control de la demanda de drogas.

Si bien existe un consenso generalizado en torno a entender la prevención como la mejor estrategia para controlar el problema de las drogas, hay también múltiples y contradictorias interpretaciones, así como variadas y contrapuestas prácticas para su implementación, situación que dificulta el diseño de una política coherente – que sobre la base de determinados acuerdos - se traduzca en una respuesta integral al problema. Esta dificultad para definir la prevención está reconocida por los expertos en el tema, ya que según señala Ramón Florenzano: *“a pesar de la mucha atención reciente prestada a la prevención primaria de las fármacodependencia, se ha argumentado que estas no pueden prevenirse en forma primaria dado que no se conoce su etiología”*⁴³

De acuerdo a lo planteado, la tarea de revisar algunas de las definiciones no resulta nada sencilla, dado que podría afirmarse que existen tantas formas de definir la prevención como profesionales y técnicos que trabajan en dicho campo. Se propone revisar algunas de ellas, partiendo desde un punto de vista genérico para arribar hacia uno más específico:

- 1) Prevención indica la acción de prever. El prefijo “pre” significa “antes”, en sentido cronológico temporal (no a nivel de la estructura sintáctica). El “pre” de prever es un ver antes en el tiempo. “Ver” implica la mirada. Este pre-ver

⁴³ Ibán de Rementería (2001) : Prevenir en drogas: paradigmas, conceptos y criterios de intervención”. Serie Políticas Sociales. División de Desarrollo Social – CEPAL- Santiago de Chile

da cuenta no solo de los alcances de una actividad, sino de todo un sustento conceptual e ideológico. Prevención, entonces - por su sola construcción - alude no solo a los parámetros de una práctica sino a un sentido: ver-antes, adelantarse a la ocurrencia de un fenómeno observable. En un sentido más vulgar, ir a los hechos antes de que ocurran. (José Luis González (1988) "Farmacodependencia: un recorrido en Prevención" en El problema de la Drogadicción, Editorial Paidós)

- 2) La prevención pueden entenderse como la identificación previsoras y acción anticipada para evitar la aparición y difusión, minimizar los efectos, de un hecho social no deseable, sea cultural, sanitario o criminal. (Ibán de Rementería: Prevenir en Drogas: paradigmas, conceptos y criterios de intervención. Serie Políticas Sociales. División de Desarrollo Social – CEPAL, Santiago de Chile)

- 3) Conjunto de procesos que promueven el desarrollo integral de las personas, sus familias y la comunidad trabajando conjuntamente en dos líneas: la satisfacción de necesidades básicas y la disminución de los factores de riesgo. (Asociación Chilena de Municipalidades: Manual: orientación para un programa comunal de prevención del uso indebido de drogas y alcohol, Concepción, 1996)

- 4) Prevención es la preparación, disposición y acción anticipada destinada evitar un fenómeno patológico o reducir al máximo sus consecuencias. (Proyecto PAM-Drogas Servicio de Salud, Santiago de Chile, 1995).
- 5) La prevención es el establecimiento de medidas pertinentes para impedir que un hecho indeseado ocurra o compensar las consecuencias de su ocurrencia. (Prevenir en Drogas: paradigmas, conceptos y criterios de intervención. División de Desarrollo Social –CEPAL, 2001)
- 6) La prevención está concebida por un conjunto de intervenciones cuyo fin es persuadir a quienes no usan drogas de abstenerse de hacerlo y a quienes sí lo hacen a dejarlas. (Prevenir en Drogas: paradigmas, conceptos y criterios de intervención. División de Desarrollo Social – CEPAL, 2001)
- 7) Conjunto de esfuerzos que una comunidad pone en marcha para reducir en forma razonable la probabilidad que en su seno aparezcan problemas relacionados con los consumos de drogas (Oriol Romaní: “Criterios en Prevención: un debate necesario”, en Prevenir en Drogas: enfoques integrales y contextos culturales para alimentar buenas prácticas. Serie Políticas Sociales. CEPAL, 2002)

Se podría continuar en una larga lista de definiciones, pero se considera que esta muestra es suficiente para dar cuenta de la variedad de puntos de vista que derivó en una construcción polifónica del término prevención.

En línea con esta heterogeneidad, se subraya que no existe teoría alguna de la prevención, sino que la misma, se trata más bien de un “hacer” que puede estar sustentado - o no - en principios teóricos muy variables. Por lo general, los fundamentos del trabajo preventivo son fuertemente ideológicos, y se apoyan en la creencia de que “tales o cuales procedimientos” – entiéndase por esto todo el arsenal técnico propio de las actividades - apuntan a prevenir sin más.

Esta diversidad en las maneras de entender y conceptualizar la prevención y sus estrategias en el campo de las drogas se observa en el discurso de las entrevistas realizadas a investigadores y directores de programas. En las mismas resalta la ausencia de certezas al presentar las definiciones⁴⁴.

El campo de la prevención se asemeja a una arena de lucha en la que confluyen diversas posiciones que no terminan de consolidarse las unas con respecto a las otras, sino que más bien coexiste una convivencia difusa de perspectivas. Se considera que el desconcierto a la hora de precisar el concepto de prevención, obedece en parte al carácter complejo del fenómeno de las drogas.

A partir de lo expresado se entiende que la prevención del consumo de drogas se puede definir como un conjunto de coordenadas que habilitarían el trabajo con el malestar social en contextos de incertidumbre. En este sentido, la prevención se orienta al desarrollo de una serie de acciones a partir del análisis y la intervención

⁴⁴ Ver en anexo Nota N° 44 los fragmentos de entrevistas

sobre los conflictos que operan como condición de posibilidad para la aparición de conductas adictivas.

Capítulo N° 3

En este capítulo se abordará la conformación de imágenes y discursos que marcaron diferentes momentos en la construcción del “problema drogas” en nuestro país y su relación con el contexto internacional.

Este recorrido, permitirá identificar los dispositivos de fiscalización, de asistencia y de prevención creados *ad hoc* a lo largo del siglo XX y principios del siglo XXI que condujeron a la incorporación del tema como cuestión de política pública.

a) Algunos antecedentes de las políticas públicas en adicciones

A principios del siglo XX, se advertía en Argentina un lento proceso, en el cual el uso de ciertas sustancias comenzaba a categorizarse como un acto desviado. Esto se evidenciaba en ordenanzas⁴⁵ y declaraciones públicas⁴⁶, que otorgaron cierta visibilidad social al tema drogas. El hecho que las personas consumieran

⁴⁵ En 1919, una ordenanza del Departamento Nacional de Higiene, prohibió la venta libre de medicamentos que contuvieran opiáceos o cocaína. Graciela Touzé (org) (2006) “Saberes y práctica sobre las drogas: el caso de la pasta base de cocaína”. Intercambios Asociación Civil y Federación Internacional de Universidades Católicas.

⁴⁶ En 1932 Juan Ramón Beltrán, profesor adjunto de Medicina Legal y de Psicología Experimental y Fisiología en la Universidad de Buenos Aires, demanda la creación de un establecimiento oficial donde recluir a estos pacientes. Citado en Ob. cit.

sustancias psicotrópicas, se concebía como un “vicio privado”⁴⁷ y si el consumo ocasionaba molestias era considerado un problema toxicológico – psiquiátrico, que no podía ordenarse judicialmente⁴⁸.

Este panorama se mantuvo sin mayores modificaciones hasta la década de 1960, por esos años, en nuestro país el consumo se circunscribía a grupos de “snobs de clase alta y gente de la noche”⁴⁹. No obstante ello, y debido a la situación internacional los cambios no se hicieron esperar.

Según Rosa Del Olmo (1988) *“Era el inicio de la década de la rebeldía juvenil, de la llamada ‘contracultura’, de las búsquedas místicas, de los movimientos de protesta política, de las rebeliones de los negros, de los pacifistas, de la Revolución Cubana y los movimientos guerrilleros en América Latina, de la Alianza para el Progreso y de la guerra de Vietnam..”*⁵⁰.

En tanto, en 1961 la Organización de las Naciones Unidas (ONU) realizó la primera Convención Única de Estupefacientes, firmada por 74 naciones incluida la Argentina. Dicha Convención planteaba la necesidad de codificar, normalizar y modernizar los mecanismos de fiscalización y control de sustancias. La misma logra imponerse y posicionarse como hegemónica e impulsa a que los países adherentes traten el tema dentro de sus fronteras. Este instrumento marca la orientación “represiva” que se abre paso en el campo del control de drogas.

⁴⁷ Ob. cit. p.49

⁴⁸ “En 1939 [...] el Dr. Rogelio Carratalá, profesor titular de Toxicología de la Universidad de La Plata todavía se la mentaba de que no le es posible a un juez, frente a características de peligrosidad de un toxicómano, disponer su reclusión en establecimiento conveniente” Weissmann P. (2005): “Toxicomanías”. Universidad Nacional de Mar del Plata.

⁴⁹ Ob. cit.p.50

⁵⁰ Del Olmo, R: (1988) “La cara oculta de la droga”, Bogotá, Temis

En el plano de los dispositivos institucionales, se crea en 1966 el FAT (Fondo de Ayuda Toxicológica) a expensas de la Cátedra de Toxicología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. El mismo daría origen a *“la primer institución especializada en el tratamiento y rehabilitación de farmacodependientes”*⁵¹. El FAT sostenía su trabajo en el Modelo Ético Social, que apuntaba a: *“permitir el nacimiento de un proyecto de felicidad común”*. Dentro de las medidas profilácticas – terapéuticas para tratar el problema de la drogadicción se propone *“el desenvolvimiento de un diálogo”* y *“la transformación del tiempo libre en tiempo creador”*.

En 1971, se crea el Servicio de Toxicomanías en el Hospital Borda *“... ante el nuevo y grave problema que aqueja a la población”*⁵².

Por esos años, tanto las condiciones del contexto internacional, como las del nacional, impulsaron un cambio en la construcción del “problema droga”. Se crea en 1968 la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) como organismo de fiscalización cuasi judicial, encargado de vigilar la aplicación de los tratados de fiscalización internacional de drogas.

La Argentina, en concordancia con los compromisos asumidos, comenzó a delinear una política en materia de drogas. El gobierno del general Agustín Lanusse, creó en 1972, la Comisión Nacional de Toxicomanías y Narcóticos

⁵¹ Calabrese A, Carballeda A, Cotelo E (1992): Correlación entre declaraciones y documentos emitidos por los organismos internacionales (ONU, OEA, OMS, OPS) y las políticas nacionales implementadas para el control del narcotráfico y el uso indebido de drogas. Mimeo, Buenos Aires, CONICET

⁵² Acta psiquiátrica y psicológica. América Latina, 1972, 18, 365, citado por Weissmann P: “Confrontación documental en torno del “Problema Droga” en Argentina (1966 – 1976)

(CONATON)⁵³, que tenía entre sus funciones *“planificar y proponer la ejecución de programas de prevención y educación para protección de la comunidad; asistenciales para tratamiento específico; de rehabilitación familiar y reubicación laboral por medio de agencias sociales, jurídicas y de represión, a través de los órganos específicos de seguridad”* (Decreto 452, art 6)

En ese mismo año, y en el marco de un acuerdo de cooperación con los Estados Unidos, se creó una comisión binacional argentino – norteamericana de lucha contra las drogas que impulsó una serie de medidas, entre ellas, la creación en el año 1973 del Centro Nacional de Reeducción Social (CENARESO), como ente descentralizado en jurisdicción del Ministerio de Bienestar Social. La creación de este organismo consolidó el ingreso del tema drogas como cuestión de política pública. De acuerdo al “Plan de Desarrollo 1973 /1975”, presentado por el CENARESO, se afirma que *“el fenómeno socio – cultural de la adicción no constituye en nuestro país un problema de la magnitud y los alcances dañosos con que se presenta en otros países americanos y europeos”*. Los datos en los que se apoya, suministrados por la Policía Federal, demuestran que en esa época la drogadicción no aparecía como un problema prioritario ni extendido entre los jóvenes. El objetivo del CENARESO, según se explicita en este primer informe, es proveer una *“cultura terapéutica”* que permita al adicto encontrar *“un nuevo proyecto vital”*.

⁵³ La CONATON era un organismo dependiente del Ministerio de Bienestar Social y estaba integrada por representantes de ese Ministerio, de los Ministerios del Interior, Justicia, Cultura y Educación , Relaciones Exteriores y Culto, Defensa y Trabajo, representantes de los organismos de seguridad (Policía Federal y Secretaría de Informaciones del Estado) y de la Universidad de Buenos Aires. Citado en Touzé G. (2006). Ob.cit.

Paralelamente se suscribe en Buenos Aires el Acuerdo Sudamericano sobre Estupefacientes y Psicotrópicos (ASEP), por el que los países del subcontinente se comprometían a “instrumentar las medidas necesarias a fin de lograr una estrecha colaboración y un intercambio eficaz de información en todo lo relativo a la lucha contra el uso indebido de estupefacientes y psicotrópicos, en especial lo referente a: a) control del tráfico ilícito; b) represión del tráfico ilícito; c) cooperación entre órganos nacionales de seguridad, d) armonización de las normas penales y civiles; e) uniformidad de disposiciones administrativas que rigen el expendio, f) prevención de la drogadicción; g) tratamiento, rehabilitación y readaptación de los toxicómanos (Art. 1)

En forma paralela comenzaban a gestarse en el país grupos de autoayuda, organizados alrededor de la figura del ex – adicto - ligado muchas veces a iglesias evangélicas -. Es el caso del Programa Andrés, creado en 1973⁵⁴ por el pastor Carlos Novelli. Este tipo de asistencia planteaba la búsqueda de estilos de vida “alternativos” con un fuerte sesgo religioso.

Por esos años, tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) recomendaban a los Estados miembros la confección de planes y programas de asistencia y prevención, con el objetivo de dar una respuesta operativa al problema, mejorar los conocimientos e impulsar legislaciones en relación a los tratamientos y al control de drogas.

⁵⁴ <http://www.programaandres.com.ar/historia.html>

En Argentina, se escuchaban voces disonantes respecto de la percepción del problema. Por un lado, las que pregonaban el crecimiento del consumo y alarma social y por otro, aquellos que toman distancia de esta caracterización.

En cuanto a las formas de pensar el tema, se observa de parte de instituciones como el FAT y el CENARESO, una categorización del problema como psico – socio –cultural, que se traduce en una respuesta al problema de tipo interdisciplinaria y no únicamente médico – toxicológica.

En nuestro país, las sustancias percibidas como “drogas” pasaron a ser los alucinógenos, en particular el LSD y la marihuana.

En el contexto internacional, el presidente Richard Nixon – de los Estados Unidos - calificaba a la heroína como *“el primer enemigo público no económico [...] [Esto] permitía iniciar el discurso político para que la droga empezara a percibirse como amenaza al orden”*⁵⁵ En julio de 1973, Nixon creó la Drug Enforcement Administration (DEA) para que coordinara todas las acciones “antidrogas”. Las ideas de “peligrosidad”, de “inseguridad” y “enemigo interno” tuvieron una fuerte influencia en nuestro país de la mano de José Lopez Rega.

Tras la muerte del General Juan Domingo Perón, el 1º de julio de 1974, lo sucede la vicepresidenta María Estela Martínez de Perón. El Ministro de Bienestar Social Lopez Rega presenta un proyecto de ley, cuyo debate en la Cámara de Diputados, concluye con la sanción de la Ley 20.771/74. En la apertura de las sesiones de debate del proyecto de ley⁵⁶ se caracteriza al uso indebido de sustancias estupefaciente y psicotrópicas *“como un verdadero flagelo social”*, y dice *“...todo*

⁵⁵ Del Olmo, R (1988): Ob.cit.

⁵⁶ Cámara de Diputados de la Nación. Reunión nº 27 del 22 de agosto de 1974

drogadicto es potencialmente un traficante de estupefacientes, por ello es necesario que aparte de su individualización, se implemente su internación forzosa para su cura”.

De forma casi simultánea a la sanción de la Ley 20.771/74 se sanciona la Ley 20.840/74 que pone en marcha en el país la “Doctrina de Seguridad Nacional”, que legitima el terrorismo de Estado. Se produce una asociación entre el trinomio “jóvenes, guerrilla y drogas”.

Con el golpe de estado de marzo de 1976, cristaliza la imagen social del usuario de drogas como “sujeto peligroso para la seguridad nacional”. En el mes de junio de ese mismo año, se firmó un acuerdo entre el gobierno de los Estados Unidos y el CENARESO para la lucha del uso indebido de drogas y el tráfico ilícito. *“Esto implicó que una institución de corte asistencial se involucrara en el tema de la lucha del tráfico de drogas. Tal situación, de alguna manera, marcó las políticas y acciones relacionadas con el tema hasta el año 1983, las cuales se relacionaron a partir de allí con la CONATON, las Comisiones Provinciales y el CENARESO, ya no solo como centro asistencial sino como generador de políticas en el tema a nivel nacional e internacional”* (Calabrese, A et al, 1992)

Completando el panorama institucional de la década, en 1979, el Servicio Penitenciario Federal inauguró el Centro de Recuperación de Toxicómanos en el interior de la Unidad Penitenciaria N° 1 (cárcel de Caseros). Allí se alojaba a los infractores de la Ley 20.771/74, quienes además de cumplir la pena privativa de la libertad eran sometidos a tratamiento. (Touzzé, G et al, 2006)

A fines de los años 70 y principios de los 80, se asiste en el contexto Latinoamericano a una nueva configuración del discurso sobre las drogas, que tiene como eje a la cocaína, dada la expansión del consumo de la misma especialmente en la población norteamericana. Esta situación, desencadena alrededor de esta sustancia una serie de argumentos económicos y políticos que derivan en la llamada “guerra contra las drogas” impulsada por Ronald Reagan en 1982, cuando declaró que el alto consumo de drogas en Estados Unidos era un problema ajeno y por tanto debía combatirse en el exterior. Por esos años, el eje del discurso sobre el problema de las drogas se enlaza con la idea de “flagelo”, representación que se mantendrá hasta nuestros días.

Rosa Del Olmo (1999), identifica varios factores que se enlazan como eslabón explicativo de la nueva política que se inaugura⁵⁷. Uno de ellos, es la guerra contra la insurgencia que impulsa Estados Unidos en todos los países de América Latina. Así, la vinculación entre “la guerra contra la droga y la guerra contra la subversión”, se ha difundido en términos de “*narcoguerrilla, narcoterrorismo y narcosubversión*”

Si bien la Argentina, no es un país productor de drogas, queda incluida en la lógica de este discurso. El enemigo externo quedará estereotipado bajo la figura del *joven delincuente latinoamericano*.

⁵⁷ El primer factor, es la crisis de las economías de América Latina que permite explicar el desarrollo y consolidación de la industria de las drogas

Con este mapa de representaciones en torno al problema de las drogas, se abre en nuestro país un nuevo periodo institucional con la asunción como presidente del Dr. Raúl Ricardo Alfonsín, que marcó el retorno a la democracia.

El contexto de apertura que inauguraba esta etapa, en el campo de la drogadicción, estuvo marcado por una diversificación de acciones en los ámbitos de la asistencia, de la prevención y la investigación, que configuraron a la adicción como una enfermedad y al usuario de drogas como “un enfermo con características autodestructivas”⁵⁸. Se estableció un vínculo entre consumo y dependencia y se consideró a esta última como irreversible.

Respecto de las sustancias consideradas drogas, se amplió el concepto más allá de las ilícitas; así lo señalaban los estudios en el tema⁵⁹.

En 1985 se creó la Comisión Nacional para el control del Narcotráfico y Abuso de Drogas – CONCONAD⁶⁰ - , que al año siguiente presenta, ante el Fondo de las Naciones Unidas para el control del Abuso de Drogas (UNFDAC) el Plan Nacional de Control y Prevención del Uso Indebido de Drogas (1986-1989), que describía la situación del consumo en nuestro país en los siguientes términos: “*Si bien no podemos decir que la República Argentina sea un país de producción de drogas ilícitas o que el consumo de éstas haya adquirido proporciones alarmantes (no se*

⁵⁸ “La adicción es una enfermedad mental, el adicto no es capaz de decidir por sí mismo lo que le conviene, es necesario internarlo, vigilarlo, controlar sus amistades, los lugares que frecuenta, sus entradas y salidas y en lo posible, aún sus pensamientos más íntimos” en Actas del Instituto Nacional de Salud Mental (I.N.S.M), citado por P. Weismann (2005) Ob.cit.

⁵⁹ “Subrayamos que, en la Argentina, la mayoría de los adictos lo son a fármacos de producción farmacéutica y no a las drogas de producción ilegal, lo que facilita la difusión del fenómeno. De acuerdo con nuestra experiencia, la tendencia en la última década es, como contrapartida de la anterior, la de acrecentar la poli adicción a fármacos de producción legal” Boccia C, y Calabrese A(1985): “Apuntes sobre farmacodependencias” en *Publicaciones técnicas del FAT, N° 2*, Buenos Aires.

⁶⁰ Su objeto era entender en el análisis y propuestas al Poder Ejecutivo Nacional de una política nacional en materia de lucha contra el tráfico y consumo indebido de drogas, así como en la propuesta de las medidas y acciones necesarias para instrumentar esa política, en Touzé, G (org) (2006), ob.cit.

registran consumidores de heroína), se la considera país de tránsito de drogas ilícitas y productora de sustancias precursoras químicas esenciales. Asimismo las estadísticas existentes muestran un aumento rápido del consumo en los diez últimos años de las drogas en el siguiente orden: 1) marihuana (hay un alarmante crecimiento del ingreso de esta droga en el país y se registra un aumento de la producción local), 2) psicofármacos (sobre todo anfetaminas y barbitúricos), 3) cocaína (clorhidrato y sulfato), 4) LSD (ácido lisérgico). El Gobierno Nacional ha decidido enfrentar decididamente el problema del narcotráfico y el abuso de drogas aprovechando la posibilidad de combatirlo desde una óptica preventiva, que permita la planificación y programación coherente, privada de la urgencia de enfrentar un problema incontrolable (CONCONAD 1986)

En dicho discurso sobresale, por un lado la conformación de una politoxicomanía como tendencia, a su vez que adquiere un lugar importante la prevención como estrategia para hacer frente al problema.

A partir de la democracia nuevos actores sociales y discursos aparecieron para dar respuesta a los consumos problemáticos de drogas. En este marco, emergen como una alternativa de atención, las Comunidades Terapéuticas que comenzaron a expandirse y a ocupar un espacio que se consolidaría fuertemente en los años 1990.

La emergencia de variados dispositivos asistenciales en el ámbito privado, marcó una nueva configuración de respuestas asistenciales para abordar el tema drogas e impusieron un tipo de tratamiento a los usuarios -consolidado tanto en Estados

Unidos⁶¹, como en Europa⁶² - basado en metodologías de “confronto” con un tinte “reeducativo”. Estas modalidades de tratamiento instalaron un discurso “duro” de la adicción anclado en las ideas de “no retorno”, “de incurable” en el que el objeto droga representa una sustancia con poderes demoníacos.

En los 80 comienza a componerse una modalidad discursiva singular, que va tomando relevancia y que construye una retórica que se va a mantener hasta nuestros días, especialmente en el caso de la Secretaria de Prevención y Lucha Contra el Narcotráfico (SEDRONAR).

En segundo término se observa una puja de discursos – entre el ámbito público y privado – por la hegemonía del saber y del hacer sobre el “problema drogas”, que se materializa entre otras cosas por la oposición entre atención profesionalizada vs atención no profesionalizada.

La Organización de los Estados Americanos (OEA) crea en 1986 la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD). La misma es un foro referente en el hemisferio occidental para abordar el tema de las drogas. Su misión es fortalecer las capacidades humanas e institucionales de sus Estados miembros para reducir la producción, tráfico y uso de drogas ilícitas y encarar las consecuencias sanitarias, sociales y penales de la problemática de las drogas.

⁶¹ El modelo DAYTOP, se crea en New York en 1962 impulsado por el Monseñor William O'Brien. Su propuesta se sustenta en la ayuda del ex adicto al adicto en recuperación basándose en el aprendizaje vivencial, en estrategias para modificar la conducta y en la integración a una filosofía comunitaria, lo que trazara su estilo de vida. En: materiales de curso sobre la filosofía del Programa Daytop, 1989.

⁶² El Centro Italiano de Solidaridad crea el “Progetto Uomo”, en 1979. Este es un programa terapéutico educativo de rehabilitación y reinserción de drogodependientes, que recupera las experiencias de Maxwell Jones y Daytop.

Por esos años, en nuestro país se desarrollaron estudios respecto del fenómeno, vinculados con los adolescentes y el uso de drogas, la detección de familias vulnerables, la participación de los jóvenes, entre otros temas que daban cuenta del campo de preocupaciones y orientaciones predominantes.

Asimismo hubo una expansión importante de los contenidos en materia de prevención y por primera vez, comenzaron a divulgarse campañas de comunicación social con mensajes muchas veces encontrados⁶³ (Touzeé G.*et al* 2006)

A fines de 1986⁶⁴, el tema drogas se incluye en los planes de estudio de los niveles de enseñanza primaria y secundaria y se pone en marcha un proceso de capacitación dirigido a los docentes.

En definitiva, la transición democrática legitimó nuevos discursos preventivos.

Durante el año 1989, se profundiza la crisis económica del país con un agravamiento de los conflictos sociales, que llevaron a la entrega anticipada del mando del presidente Raúl Alfonsín, en manos de su sucesor, el Dr. Carlos Menen.

En materia de lucha contra las drogas el gobierno de Menen adoptó una política que criminalizó y penalizó.

Se sanciona en setiembre de 1989 la Ley Penal Federal 23737 sobre tenencia y tráfico de estupefacientes, que considera que el consumidor de drogas es un

⁶³ En 1988, el Consejo Publicitario Argentino – con el respaldo de la Fundación Cedro – lanzó una primer campaña con el slogan “Destruyamos la droga en familia”, con el mensaje “La droga es un viaje de ida, no te subas”. En 1989 – 1990 la segunda campaña fue: “No dejes que la droga te atrape, ser o no ser vos elegís”

⁶⁴ Se sancionó la Ley 23.358 que establecía la inclusión del tema en el ámbito educativo.

“delincuente” y un “enfermo”. Este instrumento se constituyó en un elemento clave de la nueva política de drogas impulsada durante la década del 90 que logró consolidar en el imaginario el binomio “adicto=delincuente”

Se disuelve la CONCONAD, y se crea la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR) dependiente de la Presidencia de la Nación. Esta engloba tareas de control de tráfico, de prevención y asistencia. En las declaraciones del primer Subsecretario de Control y Legislación de la SEDRONAR, se da cuenta de la concepción reinante respecto de los consumidores de drogas *“Nosotros consideramos al adicto un enfermo, pero también una persona imputable de crear un peligro – potencial en unos casos, real en otros – a conocidos y extraños”* (Pellet Lastra, 1991)

En el plano de los dispositivos asistenciales, se consolida la tendencia iniciada en el periodo anterior con un auge de las Comunidades Terapéuticas que se correspondía con la política macro de vaciamiento del Estado y descrédito de lo público.

Se crea en 1993 en el ámbito de la Provincia de Buenos Aires –gobernada por el Dr. Eduardo Duhalde – la Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones, que pone en marcha – unos años después – el Programa 10000 Líderes para el cambio que se proponía la estructuración de un trabajo sobre el “estilo de vida y cambios de comportamiento” (Yarfa, J. 1995).

El dispositivo preventivo se basaba en campañas de divulgación masiva, que centraban sus mensajes en torno a las ideas de tutela y control⁶⁵. Las campañas se constituyeron en la vía privilegiada para la prevención del consumo de drogas, destacándose un discurso de tipo paternalista.

Un elemento clave a señalar, y que viene a acentuar la imagen social negativa de los usuarios de drogas, es la epidemia de VIH/sida. Así, a la representación social dominante del consumidor como “autodestructivo y despreocupado por su salud”, se le suma la responsabilidad en la “diseminación del sida”, que fortalece el estereotipo: sida=droga=muerte. Esta imagen social se consolida desde el discurso oficial⁶⁶

En 1995, se funda la Asociación Internacional de Reducción de Daños (IHRA), cuyo objetivo era el apoyo a diferentes organizaciones en la adopción de estrategias de reducción de daños. Con el tiempo logra instalar el tema en las agendas políticas internacionales.

En 1999, se crea en Argentina la Asociación de Reducción de Daños (ARDA) con el fin de desarrollar políticas de drogas orientadas a reducir las consecuencias perjudiciales del uso de drogas lícitas e ilícitas y que aspiran a incidir en las políticas públicas socio-sanitarias sobre drogas y generar impacto en la problemática del VIH SIDA.

⁶⁵ “Prevenir es lograr que los distintos actores sociales: padres en primera instancia, autoridades, maestros, líderes en general, asuman su papel. Padres y padres sociales se encuentran ante un imperativo ético: el amparo a la prole que crece”, en Lestelle A: (1994) Defendiendo el futuro. Buenos Aires, Publicación SEDRONAR

⁶⁶ El Ministro de Justicia de la Nación escribía: “La masa de consumidores drogadependientes se convierte en una verdadera subclase de zombis [...] en la comunidad de los zombis es por lo menos ingenuo hablar de derechos individuales (Barra, 1994), citado por Touzzé G (org) (2006), ob. cit.

Durante el gobierno del Dr. Fernando de la Rúa, se profundizan las políticas de corte neoliberal, que condujeron a una de las crisis más profundas que atravesó el país, por sus consecuencias económicas, sociales y políticas.

Los efectos de la crisis impregna de nuevos contenidos al “problema drogas”: el crecimiento de la inseguridad ciudadana (violencia, secuestros extorsivos, robos, etc), la diversificación de pequeñas redes de microtráfico de drogas, la instalación de “cocinas” en zonas urbano marginales, el aumento de la circulación de sustancias de baja calidad como la pasta base de cocaína (paco), entre los fenómenos más relevantes.

A partir del año 2003, se inicia una época con políticas más activas desde el Estado sobre la cuestión social. En los discursos sobre el problema de las adicciones comienza a tener lugar la dimensión de los derechos, esto se verifica por el impulso de acciones de diferente índole. En el año 2008 se crea El Comité Científico Asesor en Materia de Control del Tráfico Ilícito de Estupefacientes, Sustancias Psicotrópicas y Criminalidad Compleja sobre los Usuarios de Drogas y las Políticas para su Abordaje. El objetivo de este Comité es asesorar al Ejecutivo en materia de drogas y proponer la reforma integral de la Ley 23737 según las disposiciones de la reforma constitucional de 1994, que eleva a rango constitucional el derecho a la salud.

En ese mismo año, a nivel regional se crea la Comisión Latinoamericana sobre Drogas y Democracia⁶⁷, cuyo objetivo es evaluar la eficacia y el impacto de las

⁶⁷ <http://www.drogasydemocracia.org>

políticas sobre las drogas, abrir una amplia discusión sobre el tema, elaborar propuestas más humanas y hacer oír la voz de América Latina en el debate global sobre un problema transnacional.

En consonancia con estas medidas que muestran un viraje de discursos respecto del tema se sanciona en nuestro país la nueva Ley Nacional de Salud Mental (N° 26.842) que propone un cambio de paradigma en la atención de las personas con padecimiento psíquico y con consumo problemático de drogas. Este cambio implica pasar de un enfoque tutelar a uno basado en los derechos humanos y en la autonomía de las personas.

Se considera, que se está produciendo lentamente una mutación en el discurso hegemónico en torno a la forma de conceptualizar el problema de las drogas y de cómo mejorar las estrategias de prevención, sin embargo los efectos de este cambio todavía no se logran visualizar.

Capítulo N° 4

Este Capítulo se centrará en el análisis de la retórica preventiva del Programa Nacional: QUIERO SER, dirigido a población escolarizada. El mismo está organizado e implementado por la Secretaria de Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR). El análisis se realizará a partir de la evaluación de necesidades como de la evaluación del diseño y conceptualización del programa.

a) El proceso de evaluación del Programa QUIERO SER:

Con el objetivo de iniciar el proceso de evaluación del Programa QUIERO SER, se retoman los ejes explicitados en el marco metodológico de la presente tesis.

a1) Características de la organización que ejecuta el programa:

Cómo se señaló en el Capítulo N° 3, durante la presidencia del Dr. Carlos Menen, se crea en 1989 la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR) dependiente de la Presidencia de la Nación, en un contexto en el cual se endurece la postura sobre el problema de la drogadicción.

A partir de un Informe⁶⁸ elaborado por el Observatorio Argentino de Drogas (OAD) de esa Secretaría se mencionan los principales ejes sobre los que debería apoyarse el trabajo preventivo en el ámbito educativo:

- La familia y la escuela constituyen los principales escenarios en donde tiene lugar la acción preventiva.
- La prevención debe basarse en los factores causales y en los factores protectores.
- Promover la abstinencia como una alternativa saludable y una decisión positiva, en la búsqueda que las personas no se inicien en el consumo de drogas.
- Mitos y realidades del consumo de drogas.
- Estimular y reforzar conductas pro sociales además de la asociación con pares no afectados.
- Promover el desarrollo de habilidades para la vida.
- Favorecer el desarrollo de destrezas sociales.
- Promover estilos de vida y ambientes saludables.
- Trabajar, muy especialmente, en la capacitación del tema de los valores

Por otra parte, con el fin de ampliar la información sobre la institución responsable de la ejecución del programa, se incluyen a continuación los dos ejes sobre los que interviene:

⁶⁸ Web: <http://www.observatorio.gov.ar/>

El eje de la reducción de la demanda de drogas⁶⁹

En materia de Prevención, diseña, ejecuta y supervisa programas y planes de carácter nacional, referentes a la prevención y la capacitación de agentes de la comunidad, en la temática del uso indebido de drogas y alcohol y sus consecuencias, en todo el ámbito del país, con el consenso y la cooperación de organismos gubernamentales y no gubernamentales.

En materia de asistencia procura facilitar la ayuda y rehabilitación de personas que abusan o dependen de drogas, y que carentes de recursos adecuados, no podrían acceder al tratamiento o recuperación que merecen. Para ello dispone de un Centro de Consulta y Orientación, que no solo asesora a quien lo solicite, sino que también otorga becas para tratamiento en instituciones registradas y supervisadas por la Secretaría y especializadas en adicciones.

El eje de la reducción de la oferta de drogas:

En materia de Lucha contra el Narcotráfico, coordina en el ámbito nacional la información y las estrategias tendientes a detectar y desbaratar el comercio y distribución de drogas ilegales.

Acerca del Observatorio Argentino de Drogas:

El Observatorio, se crea en el año 2005 y tiene como función básica el estudio y evaluación de la problemática del uso indebido de las drogas y el tráfico de

⁶⁹ La información que sigue fue obtenida de la página web: <http://www.sedronar.gov.ar>

estupefacientes. Coordina la recolección y análisis de información, para poner a disposición de las instituciones, de los profesionales que gestionan y/o trabajan en este campo y del público interesado. El Observatorio se constituye en un instrumento eficaz en la toma de decisiones por los responsables del Plan Federal de Prevención Integral de la Drogadicción y de Control del Tráfico Ilícito de Drogas.

El Plan Nacional Argentino se enmarca en los lineamientos generales de la Estrategia Antidrogas para el Hemisferio de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD). Este Plan Nacional de lucha contra la droga, el primero en la Argentina, fija las acciones que se deben desarrollar para reducir la demanda y la oferta de drogas.

a2) Familiarización con el Programa:

Se seleccionó este programa a partir de las referencias proporcionadas por distintos informantes claves, que lo consideraban como representativo de la política en adicciones dirigida al ámbito escolar. La descripción de los componentes del mismo se realizará a partir de la tabla que figura a continuación. Esta forma de ordenamiento tiene como finalidad presentar de manera clara el programa seleccionado y no incluirá – en esta etapa - proceso de análisis, a los fines de facilitar su comprensión.

Ejes / ítems en función de los objetivos de la tesis	Descripción general
Génesis del programa	Refiere al contexto fundacional del programa
Dispositivos institucionales de formulación y gestión	Refiere a los actores institucionales involucrados en la formulación, como así también a la modalidad de inserción del programa
Objetivos	Dan cuenta de lo que se quiere lograr
Concepciones teóricas que sustentan el programa	Implica las teorías implícitas o explícitas que sostienen la propuesta
Estrategias que implementan la prevención	Da cuenta del ¿cómo? se operacionalizan los objetivos del programa.
Beneficiarios	A quienes está dirigido directa e indirectamente
Alcance	Refiere a la dimensión geográfica
Impacto /resultados	Apunta a identificar el grado de cumplimiento de los objetivos propuestos

- *Génesis del programa:*

El programa se genera como resultado de la participación de la Argentina en una reunión CICAD – OEA, en el año 1994. En ese encuentro se elaboran los lineamientos sobre prevención educativa para los países del hemisferio recomendándose, entre otras líneas de acción, los programas reseñados en el apartado “estado de los conocimientos sobre el tema” de la presente tesis. Dichos modelos se basan en:

- *Modelo de habilidades para la vida:* busca fortalecer habilidades y destrezas psico-sociales en niños y adolescentes.
- *Fomento de compromiso de estilo de vida saludable:* promueve actitudes, hábitos y valores acorde a un estilo de vida saludable.

- *Modelo de factores de protección y riesgo*: busca fortalecer factores asociados al consumo de drogas y disminuir o evitar la aparición de factores de riesgo, relacionando variables personales, familiares y culturales.
- *Modelo de competencia social*: desarrolla actitudes para desempeñarse en distintos contextos. Contempla la adquisición de conocimientos, aptitudes y habilidades socio-afectivas.
- *Modelo ecológico*: incorpora las variables culturales del micro y macro sistema.

De acuerdo a la información obtenida en entrevista con la Coordinación del área de la SEDRONAR, el programa QUIERO SER es de origen español, que Chile lo trae – a través de la CONACE⁷⁰ - lo adapta y lo integra en un continuo educativo, que abarca desde el pre- escolar hasta el nivel medio.

Según la Coordinación del área prevención, Argentina no tenía nada en materia de prevención y mediante un acuerdo con Chile se trae el “QUIERO SER” – se lo adapta – y se lo aplica a nivel nacional. Estas adaptaciones del programa responden a los lineamientos que en materia de prevención de adicciones elaboró la CICAD – OEA para los países del Hemisferio.

- *Dispositivos institucionales de formulación y gestión:*

El Programa se instala en diferentes provincias a través del Consejo Federal para la Prevención y Asistencia de las Adicciones y Control del Narcotráfico (COFEDRO). El mismo está integrado por un referente político – técnico de cada

⁷⁰ Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes del Gobierno de Chile.

una de las provincias que lo integran. Este Consejo⁷¹ se crea por un decreto del año 1996 del Poder Ejecutivo Nacional, previo a la elaboración de un Acuerdo Interestadual, con los gobiernos provinciales.

El COFEDRO, está conformado por dos mesas de trabajo: 1) integrada por los representantes del área de salud mental y prevención de las adicciones de las diferentes provincias; y 2) compuesta por los representantes regionales de las fuerzas de seguridad.

Según los datos obtenidos en la entrevista con la responsable del Área Prevención de la SEDRONAR, la metodología que da inicio a la gestión para implementar el Programa se apoya en la firma de un convenio entre: el Ministerio de Educación de cada provincia, el COFEDRO y la SEDRONAR. Por tanto, *“cada vez que bajamos a una provincia”*⁷², se lo hace conjuntamente con el Ministerio de Educación de esa provincia a los fines de tener acceso a las escuelas. La idea es que el programa sea incluido en el Proyecto Educativo Institucional de las Escuelas (PEI), por tanto el Ministerio de Educación provincial genera una resolución interna para que a los docentes que participen del programa se les acredite puntaje docente.

- *Objetivos del programa:*

⁷¹ Entre las funciones más relevantes de destacan: a) contribuir al desarrollo de un sistema federal para la concertación de políticas, planes y programas destinados a la prevención, la asistencia y la lucha contra el narcotráfico, b) promover la participación de la sociedad civil a través de organizaciones no gubernamentales, capaces de coordinar con el Estado la implementación de los lineamientos políticos y las acciones necesarias para el cumplimiento de sus fines, c) promover la creación, donde no los hubiere, de los organismos provinciales de coordinación entre las distintas áreas que posean competencia o aporten, desde su especificidad, a la consecución de los fines acordados, entre otras funciones.

⁷² Textual de entrevista

A partir de la lectura del programa, se desprende que el objetivo principal es facilitar el desarrollo personal y de habilidades sociales a través de la enseñanza y práctica. Esto se logra potenciando el desarrollo de factores protectores a través de:

- Fomentar la responsabilidad sobre la propia conducta y sobre la decisión de no consumir alcohol y/o drogas.
- Fomentar un conjunto de habilidades y actitudes que promuevan estilos de vida saludables y un desarrollo psicosocial integral.

- Objetivos específicos:

Que los niños:

- Conozcan los peligros potenciales del tabaco, alcohol y drogas para el organismo y la salud en general.
- Comprendan los conceptos de dependencia, uso y abuso de drogas.
- Comprendan la influencia que tiene la familia, los pares y las instituciones sociales en las conductas y valores individuales.
- Comprendan que la pertenencia a grupos y la autonomía, implican el respeto de los derechos y sentimientos propios y de otros.
- Desarrollen habilidades para resistir la presión de los grupos
- Identifiquen actitudes y situaciones a nivel del curso y su entorno que ayudan a crecer positivamente, y aquellas que dificultan este desarrollo.
- Desarrollen habilidades para pensar autónoma y críticamente, y desarrollen la capacidad de tomar decisiones de manera responsable.

- Enriquezcan su autoconocimiento y desarrollen una autoestima positiva a través del reconocimiento de sus propias cualidades y valores como personas.
- Desarrollen habilidades de comunicación, e identifiquen y expresen sus sentimientos en forma clara y directa.
- Incorporen alternativas de conductas distintas al uso de sustancias químicas, para satisfacer necesidades y resolver problemas.
- Reconozcan aquellas situaciones que les ocasionan tensión y aprendan habilidades para enfrentarlas efectivamente.

- Concepciones teóricas que sustentan el programa:

El marco conceptual que sustenta este programa se basa en el modelo de “habilidades generales“, que integra el enfoque de “factores de riesgo y protección”. El modelo de habilidades generales se plantea como un recurso válido en el entrenamiento de habilidades específicas para rechazar el ofrecimiento de drogas e incluye el entrenamiento en otras habilidades para llevar una vida sana. Estos modelos siguen la línea de los aportes de Gilbert Botwin⁷³. La Coordinación del área prevención de la SEDRONAR ratifica estos modelos⁷⁴. Este modelo se centra en el ambiente social más próximo del individuo (familia, escuela, pares) y establece que en la medida que la persona cuente con recursos personales internos: habilidades sociales, capacidad para expresar sentimientos, autoestima positivo, familia continente, o haya establecido redes sociales positivas

⁷³ Desarrollado en el apartado “estado de la cuestión” de la presente tesis

⁷⁴ “hoy la mayoría de los programas de prevención tienen esta mirada, trabajar sobre la persona, la comunicación, el núcleo familiar y correrse un poco del tema drogas puntualmente”

con grupos de pares, por ejemplo en la escuela, tendrá más elementos o recursos para enfrentar situaciones tensionantes.

Este modelo integra el enfoque de “factores de riesgo y de protección”. Los factores protectores son aquellas situaciones, conductas o elementos que apoyan o favorecen el pleno desarrollo del individuo y que disminuyen la posibilidad del consumo. Pueden estar asociados a la persona, a la familia o a la escuela. Los factores de riesgo son aquellas situaciones, conductas o elementos que incrementan la probabilidad de consumo. Estos también se asocian al individuo, a la familia y a la escuela pero con una connotación negativa.

Las investigaciones del Observatorio Argentino de Drogas de la SEDRONAR (2005), identifican los *factores protectores* en la familia que disminuyen la probabilidad del consumo de drogas en los hijos y que forma parte de la fundamentación del programa:

- A) Fuertes vínculos al interior de la familia. Cercanía, apoyo emocional, trato cálido y afectuoso con los hijos, lo que está dado por un buen nivel de preocupación y atención hacia los hijos.
- B) Padres involucrados: conocimiento de las actividades y amigos de los hijos. También incluye los programas de televisión que ven, horas de llegada al hogar, la frecuencia con que comen juntos, etc.
- C) Disciplina familiar adecuada y normas claras de conducta dentro de la familia.
- D) Fortalecimiento y desarrollo de habilidades personales y sociales en los hijos: autonomía, autocontrol, autoestima, resistencia a la presión de grupo,

capacidad para reconocer y expresar sentimientos, capacidad para resolver problemas y conflictos personales.

E) Actitud y comportamiento preventivo frente al consumo de drogas por parte de los padres, lo que se expresa a través de una clara actitud de rechazo hacia el consumo de drogas ilícitas y el alcohol.

F) Adecuados estilos de comunicación basados en el diálogo abierto acerca de los sentimientos y opiniones de los miembros de la familia.

G) Adecuado estilo de resolución de conflictos entre los miembros de la familia (sin violencia, agresividad o descalificación)

H) Padres informados acerca de los riesgos y factores asociados al consumo de drogas.

Entre los *factores de riesgo*, el programa menciona:

A) Historia de alcoholismo y de abuso de drogas en la familia. Uso y abuso de drogas por parte de hermanos, padres, madres y/o adultos significativos.

B) Actitud de aceptación y/o indiferencia respecto al consumo de alcohol y drogas ilícitas.

C) Deficiencia de habilidades educativas y de crianza en los padres. Ausencia de normas y límites claros, disciplina inconsciente y/o excesivamente severa.

D) Conflictos y problemas de relación entre padres e hijos. Relaciones distantes, incompreensión.

E) Estilos de comunicación inadecuados: dificultad para aceptar y hablar de los sentimientos y opiniones de los otros.

F) Padres poco involucrados. Falta de atención y conocimiento acerca de los problemas y necesidades de sus hijos, falta de conocimiento acerca de las actividades y amigos de los hijos.

G) Falta de habilidades personales y sociales en los padres e hijos: descontrol de impulsos, falta de autonomía, baja autoestima, poca resistencia a la presión de grupo, dificultad para reconocer y expresar los sentimientos y para resolver problemas y conflictos personales.

H) Trastornos mentales y comportamientos violentos en los padres y /o adultos significativos. Ambiente en el hogar hostil, agresivo e intolerante.

I) Poca preocupación en los padres acerca de la asistencia y rendimiento escolar.

J) Desinformación respecto del tema drogas

El enfoque preventivo que propone el programa establece que prevenir es educar, promover estilos de vida saludable, el desarrollo de habilidades, fomentar la adquisición de valores, actitudes, conocimientos y competencias para afrontar y resolver situaciones de riesgo, siendo la escuela y la familia los actores preventivos por excelencia, asignándole a ésta última un valor fundamental.

Los ejes temáticos del programa son los siguientes:

- Imagen personal
- Comunicación
- Drogas

- Toma de decisiones
- Manejo de la ansiedad
- Presión de grupo
- Adolescencia

- Estrategias que implementan la prevención:

Consiste en un material educativo que contiene clases preventivas para trabajar con los alumnos de 5to, 6to, 7mo y 8vo años y con las madres, padres o tutores. Constituye un proceso educativo orientado a la formación de actitudes y destrezas. Las actividades están encaminadas hacia el logro de conductas de autocuidado y la reflexión sobre las actitudes y los valores para el desarrollo de una vida plena y sana.

Puede ser aplicado como un programa extracurricular, utilizando un horario determinado, o bien integrando actividades propuestas en diferentes áreas del currículum. Los ejes temáticos sobre los que se organiza el programa son los mismos durante los cuatro años, lo que varía es el énfasis de acuerdo a la etapa de desarrollo de los alumnos. Consta de actividades individuales y grupales a ser aplicadas en horas pedagógicas y en trabajos realizados por el alumno en el hogar.

El manual está estructurado de la siguiente forma:

QUINTO	SEXO	SEPTIMO	OCTAVO
Clase N° 1:	Clase N° 1:	Clase N° 1:	Clase N° 1:

Bienvenida al programa	Bienvenida al programa	Bienvenida al programa	Bienvenida al programa
Clase N° 2: Mis emociones y sentimientos. <u>Eje temático:</u> Comunicación	Clase N° 2: ¿cómo soy yo?. <u>Eje temático:</u> Imagen personal	Clase N° 2: ¿cuánto sabemos acerca del alcohol? <u>Eje temático:</u> Drogas	Clase N° 2: Así soy yo. <u>Eje temático:</u> Adolescencia
Clase N° 3: Mis sentimientos son válidos. <u>Eje temático:</u> Comunicación	Clase N° 3: Creciendo y cambiando. <u>Eje temático:</u> Imagen personal	Clase N° 3: Mis cambios. <u>Eje temático:</u> adolescencia	Clase N° 3: ¿Cómo me cuido?. <u>Eje temático:</u> Imagen personal
Clase N° 4: Cómo expresar la rabia. <u>Eje temático:</u> Comunicación	Clase N° 4: Yo me propongo ser mejor. <u>Eje temático:</u> Imagen personal	Clase N° 4: Haciendo amigos. <u>Eje temático:</u> Comunicación	Clase N° 4: ¿Qué pienso y opino?. <u>Eje temático:</u> Toma de decisiones y drogas
Clase N° 5: El alcohol también es una droga. <u>Eje temático:</u> Drogas	Clase N° 5: ¿qué sabemos acerca de fumar cigarrillos?. <u>Eje temático:</u> Drogas	Clase N° 5: Uso y abuso de drogas. <u>Eje temático:</u> Drogas	Clase N° 5: ¿Mito o realidad?. <u>Eje temático:</u> Drogas
Clase N° 6: Yo tomo mis decisiones. <u>Eje temático:</u> Tema de decisiones y presión de grupo	Clase N° 6: Mejorando la comunicación. <u>Eje temático:</u> Comunicación	Clase N° 6: Algunos mitos acerca de la marihuana. <u>Eje temático:</u> Drogas	Clase N° 6: Debatiendo y decidiendo. <u>Eje temático:</u> Presión de grupo y toma de decisiones
Clase N° 7: Despedida del Programa	Clase N° 7: Aprendiendo a expresar nuestros sentimientos y necesidades: <u>Eje temático:</u> Comunicación	Clase N° 7: Aprendamos a ser asertivos. <u>Eje temático:</u> Comunicación	Clase N° 7: Aprendiendo a decidir. <u>Eje temático:</u> Toma de decisiones
	Clase N° 8: ¿soy asertivo?. <u>Eje temático:</u> Comunicación	Clase N° 8: Me gusta como soy. <u>Eje temático:</u> Imagen personal	Clase N° 8: Yo me cuido y mi grupo me apoya. <u>Eje temático:</u> Presión de grupo y manejo de la ansiedad
	Clase N° 9: Aprendamos sobre el alcohol: <u>Eje temático:</u> Drogas	Clase N° 9: Autonomía frente al grupo. <u>Eje temático:</u> Presión de grupo	Clase N° 9: Testimonios. <u>Eje temático:</u> Drogas
	Clase N° 10: Mis amigos y yo. <u>Eje temático:</u> Presión de grupo	Clase N° 10: Cómo tomar buenas decisiones. <u>Eje temático:</u> Toma de decisiones	Clase N° 10: Despedida del programa
	Clase N° 11: Conozcamos los efectos de la marihuana. <u>Eje temático:</u> Drogas	Clase N° 11: Enfrentemos al tensión. <u>Eje temático:</u> Manejo de la ansiedad	
	Clase 12: Soy crítico frente a la publicidad. <u>Eje temático:</u> Medios de comunicación	Clase N° 12: Despedida del programa	

	Clase N° 13: Qué significa decidir: <u>Eje temático</u> : Toma de decisiones		
	Clase N° 14: Despedida del programa		

Del cuadro de contenidos se observa:

En 5to año:

3 clases de comunicación

1 clase sobre drogas

1 clase sobre toma de decisiones

En 6to año:

3 clases de imagen personal

3 clases de comunicación

3 clases sobre drogas

1 clase sobre presión de grupo

1 clase sobre medios de comunicación

1 clase sobre toma de decisiones

En 7mo año:

3 clases sobre drogas

2 clases sobre comunicación

1 clase sobre adolescencia

1 clase sobre imagen personal

1 sobre presión de grupo

1 sobre toma de decisiones

1 sobre manejo de la ansiedad

En 8vo año:

3 clases sobre drogas

2 clases sobre toma de decisiones (una combinada con presión de grupo)

1 clase sobre presión de grupo y manejo de la ansiedad

1 clase sobre adolescencia.

1 clase sobre imagen personal

De un total de 36 clases, distribuidas en 4 años, se observa la siguiente distribución temática:

Clases sobre drogas:	10 (diez)
Clases sobre comunicación:	8 (ocho)
Clases sobre imagen personal:	5 (cinco)
Clases sobre toma de decisiones:	4 (cuatro)
Clases sobre presión de grupo:	4 (cuatro)
Clases sobre adolescencia:	2 (dos)
Clases sobre manejo de la ansiedad:	2 (dos)
Clases sobre medios de comunicación:	1 (una)

Antes de continuar con la descripción del programa, a primera vista, resulta significativo observar que en total hay más clases sobre drogas que sobre otras

áreas, situación que resultaría contradictoria, con las expresiones vertidas por la Coordinación del área.⁷⁵

En cuanto a las actividades que se proponen las mismas presentan la siguiente estructura:

a) Caldeamiento: consiste en alguna actividad corporal, como caminar a distintos ritmos, saltar de acuerdo a consignas dadas por el docente, etc.

b) trabajo grupal o individual a partir de una consigna disparadora: por ejemplo para trabajar “emociones y sentimientos”, se parte de una pregunta general ¿Qué puede pasar si no expresamos lo que nos pasa?... a partir de allí se da una consigna de discusión: ¿pueden algunos sentimientos promover el uso de sustancias psicoactivas?

c) tarea para hacer con la familia: puede incluir desde entrevistas a familiares, indicación de temas para discutir durante la cena, o bien lectura sobre efectos nocivos del uso de sustancias psicoactivas.

El manual contiene además, clases para que el docente trabaje con madres, padres y/o tutores de los alumnos que están participando del Programa de Prevención del Consumo de Drogas a fin de motivarlas a apoyar a sus hijos en el no consumo. Los ejes preventivos que se trabajan con las familias son:

- Información general sobre drogas

⁷⁵ “este es un programa de prevención universal, parto de la base que estoy trabajando con un niño que nunca consumió, donde lo tengo que fortalecer en valores y habilidades...” hoy dicen que prevenir drogas no es hablar de drogas, no focalizar sobre las sustancias, como mucho tiempo se creyó dando información de que te produce, hoy no pasa por ahí”

- Estilos parentales
- Habilidades comunicacionales
- Afectividad
- Normas y límites
- Características de las etapas del desarrollo

Contenidos temáticos para los padres de alumnos de 5to año:

Clase N° 1: Información general sobre drogas

Clase N° 2: Podemos aprender a expresar nuestros sentimientos

Clase N° 3: Actitudes de la familia que favorecen la prevención

Contenidos temáticos para los padres de los alumnos de 6to año:

Clase N° 1: ¿Qué estilo de padres somos?

Clase N° 2: La importancia de la afectividad

Clase N° 3: ¿Cómo nos comunicamos?

Clase N° 4: Conociendo a nuestros hijos

Contenidos temáticos para los padres de los alumnos de 7mo año:

Clase N° 1: Apoyando a nuestros hijos

Clase N° 2: Familia preventiva

Clase N° 3: Normas y límites ¿para qué?

Contenidos temáticos para los padres de los alumnos de 8vo año:

Clase N° 1: Que hacer si nuestros hijos.....

Clase N° 2: Efectos y consecuencias de algunas drogas

El Manual contiene una clase para profesores, llamada “conociendo el programa”, y está diseñada para socializar el programa con el resto de los profesores del establecimiento y lograr el compromiso con el programa.

- Beneficiarios:

Alumnos entre los 10 y los 14 años como beneficiarios directos y sus familias. La línea de base son niños escolarizados que nunca han consumido drogas. Según los datos obtenidos en la entrevista, la selección de este rango etario se relaciona con la conceptualización sobre prevención⁷⁶ y a los estudios epidemiológicos que indican que el inicio del consumo de drogas se encuentra entre los 12 y los 14 años.

- Alcance:

Según la Coordinación del área de prevención el programa está instalado en 19 provincias. No fue posible acceder a datos sobre el número de escuelas ni sobre la matrícula total.

⁷⁶ Anticiparse a los hechos antes de que ocurran

- Impacto / resultados:

No hay datos sobre este ítem. Según la Coordinación recién ahora –luego de 4 años – se solicitó una evaluación externa del mismo.

b) El meollo de la prevención: su retórica

En este apartado se dará cuenta de las condiciones de enunciación del discurso de la prevención, es decir de su retórica y de los efectos de verdad que produce. Se partirá de una breve referencia al origen del programa, para luego presentar la conceptualización sobre el problema del abuso de drogas y sobre la prevención. Asimismo, se incluirá un esquema del “modelo teórico causal de intervención” que el programa sustenta tanto para los niños como para las familias.

Según, Alvira Martín, F⁷⁷ *“normalmente, toda intervención surge de la existencia de un problema o situación problemática, la caracterización de dicho problema, debería implicar una evaluación de necesidades previa, que suele ser la base para la elaboración y el desarrollo del programa de intervención. Antes de llevar a cabo la implantación del programa, es recomendable realizar una evaluación del diseño y la conceptualización del mismo”*

A partir de la descripción del programa y de la información obtenida en entrevista, el programa es un “paquete enlatado”⁷⁸, originalmente pensado para la realidad

⁷⁷ Ob. cit.p.9

⁷⁸ Programas diseñados en otros países que se importan y se implantan en nuestra realidad.

española, readaptado por la realidad chilena, y readaptado por los responsables del área de prevención de la Secretaría para nuestro país. La adaptación que realiza el equipo se centra principalmente en los giros idiomáticos y en el tipo de actividad lúdica propuesta para el trabajo con los beneficiarios directos.

El programa sigue los lineamientos elaborados por la CICAD – OEA para los países del Cono Sur, respecto de los mejores modelos para trabajar en prevención de adicciones con población escolarizada. Así lo afirma la Coordinación del área.⁷⁹

- *Definición del problema del abuso de drogas que propone el programa:*

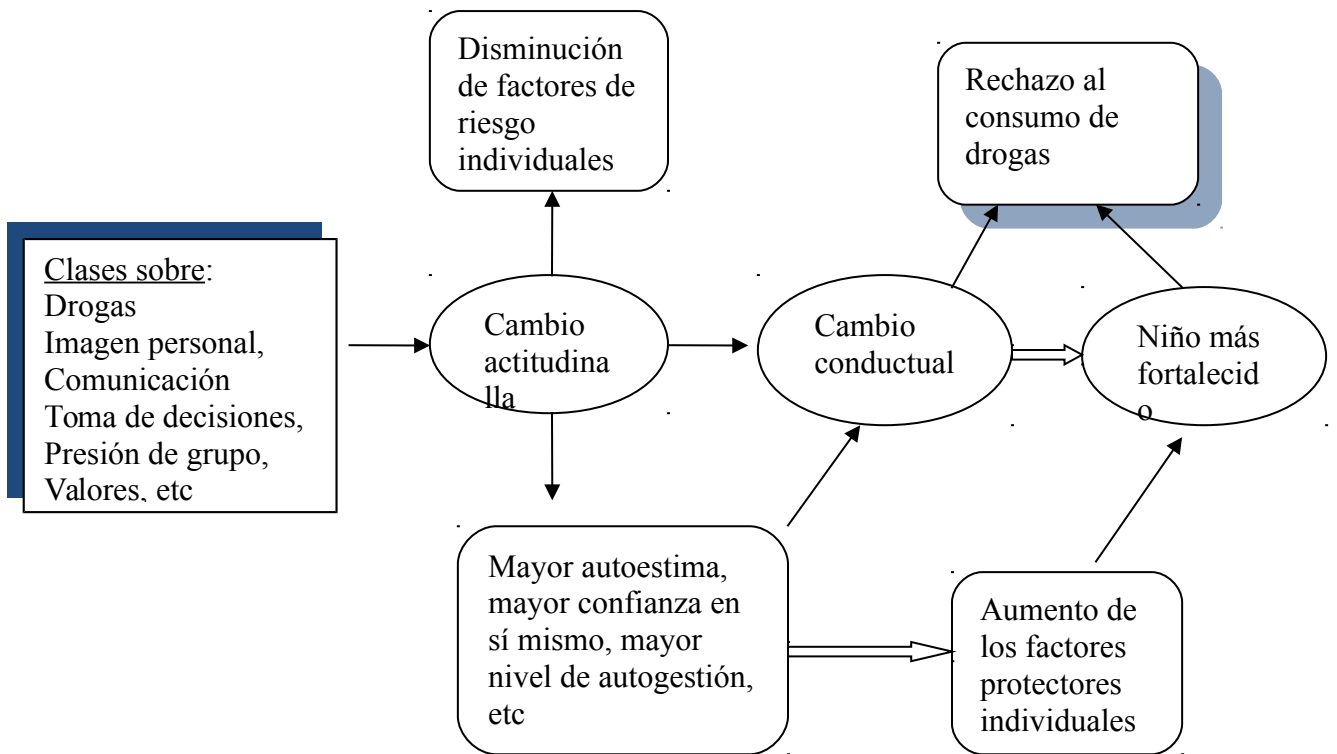
La experiencia demuestra que hay adictos en determinados grupos familiares y no en otros. Esto se relaciona con la presencia de factores individuales y familiares que potencian el desarrollo de una estructura pre-adictiva en épocas temprana de la vida.

- *Definición sobre prevención:*

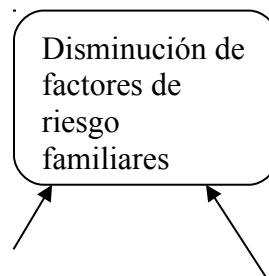
El adicto es incurable, por eso hay que hacer algo antes. La prevención tiene que ser temprana para evitar el contacto con las drogas. La prevención es educar en valores y se basa en el desarrollo y potenciación de habilidades para la vida.

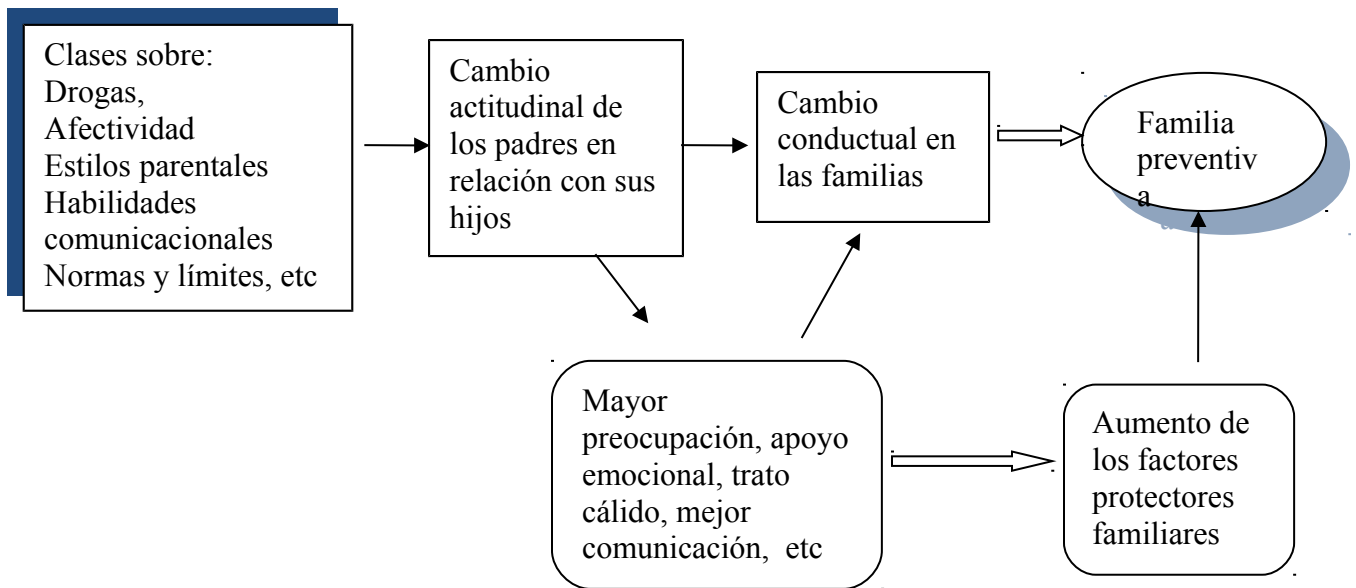
⁷⁹ “...si querés consultá en internet todo lo que es material de la CICAD, hay lineamientos claros hemisféricos en el tema de prevención, donde definen claramente cuáles son los modelos teóricos de programas recomendados para trabajar con chicos, tenés todo lo que es modelo de habilidades, de competencias, factores de protección y de riesgo y está bien definido el marco y la metodología. También el NIDA, que es el área de investigación de Estados Unidos en el tema drogas, tenés lineamientos y modelos”

Esquema del modelo teórico de intervención para los niños:



Esquema del modelo teórico de intervención para las familias:





Luego de este ejercicio de conceptualización, se iniciará con la puesta en análisis de los criterios generales que atraviesan el programa:

Criterios identificados:

- Sobresale una línea de prevención temprana cuyo fin es evitar el contacto con las drogas o bien retardar la edad de inicio del consumo de las mismas.
- Implementa una estrategia protectora a partir de la propia definición de riesgo.
- Promueve habilidades y capacidades pre-determinadas, a partir de las causas identificadas como precursoras de conductas de riesgo.
- Sostiene una idea de niño descontextualizada
- La posición desde la que se da una respuesta al problema es abstencionista⁸⁰

⁸⁰ Refiere a la suspensión total del consumo de drogas como única respuesta posible frente al tema. Se enmarca en el actual modelo prohibicionista que se apoya en una idea muy simple: si no hay drogas no hay

Con el objetivo de ir adentrándose en el análisis de la retórica preventiva, se inicia con la mención dos aspectos que conforman el soporte del discurso:

El primero se relaciona con la ligazón entre una “situación de hecho”, y que se expresa en la afirmación: *“el consumo de drogas en nuestro país se inicia entre los 12 y los 14 años”* con una situación hipotética o posible indicada en la afirmación: *“existen una serie de condiciones –psicológicas y familiares - que constituyen un riesgo, por tanto hay que hacer prevención temprana”*. Como primer punto de análisis, se observa un empalme entre la primera y la segunda afirmación, lo que supone el pliegue de la categoría de lo posible (diagnóstico de riesgo) sobre la categoría de lo “real” (objetivada en los estudios epidemiológicos).

El segundo aspecto, refiere a lo explícito y lo implícito de la retórica preventiva. Explícitamente se pone el acento en la potenciación de conductas: *“...el objetivo es generar niños con más habilidades, fortalecido en valores, con hábitos y conductas saludables...”*. de manera implícita, esta afirmación muestra la emergencia de una modalidad de abordaje que se podría denominar psico – pedagógica y que se apoya en el trabajo con el propio beneficiario y con su entorno inmediato. Podría decirse que, hacer prevención es trabajar sobre las personas, fortaleciéndolas en habilidades y en valores. El eje ordenador es la movilización del sujeto para afrontar los conflictos que le plantea la vida en sociedad, expresado en ejercicios ligados al crecimiento personal, al desarrollo del

consumo.

potencial humano, a la capacidad de relacionarse, en fin a toda una cultura psicológica y psicopedagógica de la sociabilidad.

La noción de riesgo desde el Programa:

Desde hace unos años, una amplia gama de fenómenos llamados “problemas sociales” - incluida la prevención de las adicciones - son analizados e intervenidos desde la perspectiva del riesgo, por tanto resulta relevante profundizar en esta noción.

Robert Castel⁸¹, analiza la emergencia histórica y política de la noción de riesgo y su papel en las estrategias preventivas actuales; estableciendo que *“un riesgo no es el resultado de un peligro concreto del que es portador un individuo o incluso un grupo determinado, sino que es un efecto en la correlación de datos abstractos o factores que hacen más o menos probable la materialización de comportamientos indeseables”*. Por tanto, se podría diseñar un mapa o flujo de factores abstractos que asociados son susceptibles de producir un riesgo.

El programa se sustenta sobre la lógica de la gestión previsor de los riesgos, identificando el conjunto de factores individuales y familiares que desencadenarían el inicio –y posterior continuidad en caso de no ser corregidos- del consumo de drogas. Así, *“la ausencia de normas claras familiares, las dificultades en la comunicación, los antecedentes de consumo de droga en miembros de la familia, la baja autoestima, la ausencia de proyectos, la escasez de habilidades sociales”* por mencionar solo algunos de los aspectos que se

⁸¹ Castel, Robert (1985) “De la peligrosidad al riesgo” en AA.VV, Materiales de Sociología Crítica, Ediciones La Piqueta, Madrid

identifican en el programa, se constituirían en elementos de alerta susceptibles de producir conductas indeseables en los niños.

Esta perspectiva, basada en el cálculo de probabilidades, no se define a partir de una situación observable por la experiencia, sino que se la deduce del algún modo. Se partiría de una definición general del peligro, - conformada por una suerte de elementos heterogéneos - que por su sola presencia conducirían al consumo de sustancias.

Entonces podría decirse, que el núcleo de la intervención preventiva se apoya en una estimación de posibilidades. Ya no es necesaria la manifestación de un síntoma (tener contacto con las drogas en este caso), sino basta con la presencia de ciertas particularidades, que los especialistas responsables de una definición de las políticas preventivas, han establecido como factores de riesgo.

Las maneras de intervenir a partir de la identificación de los riesgos, instala una nueva forma de *vigilancia, registro y control sobre las población*⁸². A partir de la noción de riesgo que el programa define, se intentaría generar nuevas formas de regulación de las conductas que “desde afuera” deberían operar, soslayando el contexto social y cultural de los grupos sobre los que interviene.

Mary Douglas⁸³ enfatiza la perspectiva cultural en su análisis de la problemática del riesgo. Siguiendo a esta autora los riesgos o peligros no son datos absolutos, sino que hay una selección y construcción social del riesgo en la que los mismos son “*moralizados y politizados*”.

⁸² Michel Foucault (1976) *Vigilar y Castigar* (pag. 175) Siglo XXI, editores.

⁸³ Douglas, Mary (1991): “Pureza y peligro”, Siglo XXI, Madrid

A partir de las concepciones teóricas que sustentan el programa resultan relevantes los siguientes elementos que darían cuenta de la presencia o no de potenciales “sujetos de riesgo”:

- a) Los factores de riesgo ocurren antes del encuentro con las drogas y están asociados estadísticamente a un incremento en la probabilidad para el consumo, por tanto se busca prevenir el abuso de drogas, eliminando, reduciendo o mitigando los precursores de los factores de riesgo.
- b) La identificación de poblaciones que presentan características que favorecen el consumo, permitiría realizar acciones más focalizadas. De esta manera se identifican aquellos factores de riesgo y/o protectores que pueden ser modificados mediante acciones individuales y/o grupales.
- c) La experiencia muestra que se pueden identificar elementos recurrentes en estructuras familiares que –de no ser corregidos – potenciarían situaciones de riesgo en algunos de sus miembros. Es decir, existiría una suerte de estructura pre-adictiva que se desarrollaría en épocas temprana de la vida.

Aproximación al análisis de la retórica preventiva:

Estas observaciones permiten identificar, por los menos, dos niveles de registro en la retórica preventiva, uno temporal, y uno probabilístico. En cuanto al primero el tipo de acción preventiva debe situarse antes de la emergencia de los elementos precursores de los problemas del uso de drogas. Esta lógica temporal remite a la concepción – más clásica sobre la prevención – basada en la idea de anticipación, de previsión, de adelantarse a los hechos o a las posibilidades de ocurrencia de

un fenómeno. El prefijo “pre” es un ver antes en el tiempo. Esta conceptualización muestra una postura que privilegia la prevención temprana como estrategia para evitar la dependencia a las drogas. Es decir, que se estaría en presencia de un saber que actuaría como vacuna frente a escenarios futuros. Podría afirmarse que – desde esta óptica - prevenir es ante todo ponerse en la posición de anticipar la emergencia de acontecimientos eventuales indeseables en el seno de poblaciones estadísticamente portadoras de riesgo.

En cuanto al registro probabilístico, la lógica que impera en el programa se basa en la ponderación de factores de riesgo que traducidos en una escala posibilitaría – a priori - detectar individuos y familias problemáticas, sobre las que luego se focalizaría la intervención preventiva. En base a esta lógica se podría construir un mapeo “de riesgos individuales y familiares” que, por su sola presencia, conducirían al desarrollo de conductas adictivas. En tal sentido, las acciones preventivas deberían orientarse hacia una intensificación del tipo de normalidad que el programa postula. Una normalidad construida en base a cierto saber sobre las drogas y que apartaría a los grupos sociales de los factores de riesgo.

Riesgo y normalidad en la retórica preventiva:

La idea de normalidad toma forma en los estudios de Michel Foucault⁸⁴ sobre el nuevo diagrama de poder que se perfila desde fines del siglo XVIII. Un poder “*más puntilloso, más capilar*” que toma como blanco la vida, en el sentido de aquello

⁸⁴ Murillo, Susana (1995): “Foucault: saber y poder”. Oficina de Publicaciones del Ciclo Básico Común, UBA.

que debe ser conducido, prolongado, regulado, observado, adiestrado, distribuido por zonas, normalizado.

Es en el siglo XIX con el desarrollo de las ciencias humanas que se comenzará a definir cuando un Yo es normal o patológico, cuando un conflicto o una conducta son peligrosos y debe ser corregida de acuerdo a ciertos parámetros que funcionarían como modelos.

En efecto, *“la deficiencia de habilidades educativas y de crianza en los padres, la ausencia de normas y límites claros, los conflictos y problemas de relación entre padres e hijos, las relaciones distantes, los estilos de comunicación inadecuados, la falta de autonomía, el descontrol de los impulsos”*, por mencionar algunos de los factores de riesgo establecidos por el programa, serían los indicadores de cuan cerca o lejos están los adolescentes y sus familias de los modelos de normalidad que el mismo fija.

La retórica preventiva que sostiene el programa tiende a ser detectora de riesgos, tratando de anticipar todas las figuras posibles de la irrupción del peligro, concebido en función de ciertos elementos relacionados. Pero quizás lo más significativo sea el hecho que se desconoce, desde la construcción discursiva del programa, si la correlación de estos factores de riesgo conduce al consumo de drogas y si la eventual corrección de los mismos – como objetivo que plantea - puede evitar el contacto con las drogas o bien retrasar la edad de inicio del consumo de las mismas.

Familia, riesgo y normalidad en la retórica preventiva:

Un tema insoslayable en el análisis de la retórica preventiva lo constituye la dimensión familiar. Esta dimensión se relaciona con el conjunto de acciones u omisiones hacia un niño u adolescente por parte de los adultos, haciendo a estos últimos directa o indirectamente responsables de los actuales o probables daños en el plano psico – emocional de sus hijos.

En el imaginario social la familia aparece como la principal responsable del consumo de drogas de sus hijos. Esto se verifica en distintos ámbitos, como ser en el discurso de grupos de docentes, de vecinos, de padres cuando debaten sobre el tema drogas.⁸⁵ Por otra parte, los medios de comunicación masiva refuerzan este imaginario de culpabilización sobre las familias⁸⁶.

La retórica preventiva del programa no hace más que acentuar este ideario, dado el lugar medular que tiene la familia como objeto de intervención. Se observa que en la base del discurso sobre los riesgos familiares, sobresalen dos nociones que constituyen los soportes estratégicos de la retórica preventiva: la *vulnerabilidad* y el *fortalecimiento* como ejes del discurso y que tienen una marcada presencia en el programa.

La postura que éste incorpora y que es implementada en las clases para los padres, hace hincapié en la responsabilidad familiar por el consumo potencial de drogas de sus hijos. Esta posición produciría un efecto de obturación, en el cual

⁸⁵ “y la base del problema está en la familia, los padres tienen que poner límites”, “yo veo que lo chicos que tienen mucho tiempo libre, o están a la deriva ... tienen más problemas con la drogas”, “hay que trabajar con las familias, aunque a muchos padres vos los citás y no vienen nunca, solo si tienen que cobrar la beca”. Extracto discursivo de un taller sobre prevención del uso de drogas con docentes, organizado por la SEDRONAR.

⁸⁶ Así lo verifican las notas periodísticas que durante los últimos dos años se han publicado en diversos medios gráficos. En las mismas se hace referencia a la falta de contención familiar, a la ausencia de valores, a la falta de límites sobre los jóvenes, a la ausencia de figura paterna, como las causas explicativas del consumo de drogas de gran parte de los adolescentes.

la culpa y la responsabilidad se ha privatizado, se repliega en la intimidad y por ende, le pertenece exclusivamente al núcleo familiar.

Al sólo efecto de enfatizar las relaciones entre el Estado y la familia, desde diferentes autores⁸⁷, se corrobora que durante el siglo XIX, se ponen en marcha una serie de prácticas de caridad y de ayuda que confluyen, a principios del siglo XX, en la creación del llamado “sector social”, constituyendo la institución familiar su epicentro. La familia es el punto de mira de las empresas higienizadoras, dado que es el medio para insuflar las normas que aseguren la conservación social del individuo; y constituye también el punto de apoyo de una moralización de las relaciones por medio del ahorro y de la educación como pilares fundamentales.

Debido al lugar que la familia tiene en el marco del programa, es posible rastrear en su retórica vestigios del discurso higienista en su vertiente moralizante, dado el contenido de las clases destinadas a los padres que se focaliza alrededor de los valores que toda familia debe tener, en las actitudes que se deben transmitir hacia los hijos, en cómo convertirse en buenos y mejores padres, y por supuesto cómo proteger a los hijos de los peligros de las drogas, entre otros temas. Por ende, toda familia que no logre cumplir con la retórica que este modelo impone, entra en zona de vulnerabilidad y de riesgo. Es una familia a la que hay que *fortalecer*, soporte de la retórica preventiva como ya señalamos.

La retórica preventiva y la cultura:

⁸⁷ Ver J. Donzelot, Jacques (1998): La policía de las familias, Cap 3: Gobernar a través de la familia. Ediciones Pre-textos. Foucault, Michel (1991) “Saber y Verdad”, artículo *La política de la salud en el siglo XVIII*. Ediciones La Piqueta, Madrid –España

“Deberías hacer de brujo – me decía -, ya que sabes curar a nuestra manera” Yo continúo ejerciendo calladamente como médico, teniendo bien cuidado, sin embargo, de no contradecir las prácticas mágicas de los campesinos.

Carlo Levi, *Cristo se paró en Éboli*

Según Oriol Romaní⁸⁸, en todo grupo social se dan con cierta frecuencia y continuidad episodios de daños, padecimientos o enfermedades, y ante esto surge la necesidad del individuo y su entorno inmediato de establecer acciones para resolver estos problemas. Tales acciones constituyen un conjunto heterogéneo de prácticas que se engloban bajo el nombre de auto – atención.

Siguiendo la misma línea Haro Encinas⁸⁹, establece que en todas las sociedades existe un abanico de actividades que ocurren al margen de la llamada medicina profesional y que se los suele denominar cuidados legos o cuidados profanos. Esta dimensión estructural de la salud da cuenta de un campo de saber generalmente excluido, rechazado, o deslegitimado por los sistemas profesionales de salud.

Se entiende que, introducirse en este terreno y considerar esta dimensión de la atención en salud en diálogo con la prevención de las adicciones, es ir a contrapelo del modelo médico hegemónico⁹⁰, pero el esfuerzo vale la pena, si se

⁸⁸ Oriol Romaní: “Criterios de prevención: un debate necesario”, en Serie Políticas Sociales, División de Desarrollo Social, CEPAL (2002)

⁸⁹ Haro Encinas, J. A: (2000) “Cuidados Profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud”, en E. Perdigüero y J.M Comelles, eds, Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina. Barcelona, en prensa.

⁹⁰ Según Eduardo Menéndez, el concepto de *modelo médico hegemónico* hace referencia al sistema asistencial organizado por la medicina profesional o biomedicina y que incluye los submodelos de la práctica privada (individual o corporativa) y al de práctica pública. Cómo característica estructural destaca el énfasis en

pretende dar cuenta de la multiplicidad de las prácticas que se enmarcan dentro del campo de la salud en general y de la prevención en particular.

Se iniciará entonces con algunas aclaraciones conceptuales. Se llamará *cuidado lego* o *cuidados profanos*⁹¹ a la atención no profesional de la salud, que abarca una amplia gama de actividades, que no siempre parecen estar directamente relacionadas con la salud. Siguiendo a Haro Encinas, se incluye dentro de este ámbito desde los hábitos más personales e íntimos, como por ejemplo: ducharse, lavarse los dientes, ponerse un preservativo o diafragma, la gimnasia y otras formas de actividad física, la prevención de accidentes y contagios y la nutrición. También incluye los ritmos de trabajo y reposo, las relaciones sociales que cultivamos y otras conductas protectoras de la salud. Además comprende la automedicación de fármacos de patente y de “remedios” tradicionales o alternativos, sean conocidos por anteriores prescripciones o recomendados por familiares y otros significantes de las redes sociales. Por el lado de la familia, algunos autores sostienen que actividades sustanciales – a cargo casi exclusivo de las mujeres - , como el cuidado de los hijos, el aseo doméstico, la selección y preparación de los alimentos, entre otras tareas, constituyen el sustento mismo de la salud. En el caso de enfermedades (en las que se incluyen otros malestares y causas de aflicción o sufrimiento) numerosas investigaciones han demostrado que la familia cumple funciones cuidadoras no menos importantes que los sistemas

la eficacia pragmática, el biologicismo, su concepción evolucionista –positivista, el individualismo, la universalidad, ahistoricidad y reduccionismo, la falta estructural del prevención, el mercantilismo y la descalificación del paciente como portador de saberes equivocados y una relación asimétrica médico – paciente, entre otras.

⁹¹ Utilizaré ambos términos en forma alternativa.

convencionales y que en ocasiones son las únicas que intervienen, obteniendo muy frecuentemente sus recursos y saberes del acervo popular. Asimismo el cuidado lego abarca una amplia gama de instancias sociales, como ser los grupos organizados que a partir de la autogestión construyen sus propios dispositivos de atención sanitaria y de protección social independientemente de los sectores médicos profesionales y de servicios sociales.

Los cuidados profanos o legos comprenden las formas del autocuidado y la autoatención, mientras que los cuidados profesionales serían los prestados en la modalidad de la atención médica profesional y de la alternativa⁹². Excede los límites de este trabajo, adentrarse en la discusión del concepto mismo de lo profesional, así como también de las formas híbridas de la atención médica profesional.

El cuidado lego de la salud, si bien es tributario de la cultura popular, no implica que las únicas fuentes de las que se sirve provengan del campo de la medicina tradicional o popular, sino que incorpora saberes y métodos de la medicina profesional a través del contacto que tiene la población con el personal sanitario, cuya influencia es cada vez más importante debido al influjo que los medios de comunicación ejercen en las conductas relacionadas con la salud. Para Eduardo Menéndez, el cuidado lego representa *“una apropiación sintética de saberes de diferente origen y extracción, que reformula sus prácticas de atención a la*

⁹² Desde una perspectiva acorde con la antropología, queda fuera del ámbito del cuidado lego el ejercitado por los practicantes de las diversas medicinas alternativas, quienes ciertamente pueden ser considerados profesionales -en este caso alternativos – aún cuando no hayan recibido certificación universitaria, pero sí que cuentan con el reconocimiento comunitario de su rol de terapeutas. En Haro Encinas J.A (2000) ob. cit.

*enfermedad a través de relaciones directas e indirectas establecidas con la práctica médica*⁹³

Por tanto, hay que considerar que el cuidado lego no constituye una categoría de funciones y actividades fijas, sino que representa un conjunto dinámico de acciones, que ocurren a nivel doméstico y que están siempre mediadas por el influjo sociocultural. Asimismo, debido a que la dinámica de lo doméstico no es un coto cerrado -en lo que a salud se refiere- estas prácticas requieren del concurso de redes sociales informales. En suma, los cuidados profanos, se encuentran imbricados e interrelacionados en el complejo asistencial de las sociedades actuales, manteniendo relaciones de diversa índole con los sistemas convencionales de salud.

Esta breve referencia a los aportes que la antropología y la sociología médicas han incorporado a la discusión y análisis del campo de los cuidados de la salud, tiene como propósito destacar la relevancia que los *cuidados profanos* tienen en la atención de la salud. Asimismo, que todos los sistemas asistenciales y terapéuticos necesitan del concurso de las habilidades del autocuidado y de la autoatención para poder funcionar. Y también, que estas prácticas representan la forma de atención a la salud que es estructural en todas las sociedades y que pueden coexistir o no con otras formas de atención.

En suma, la forma en que cuidamos nuestra salud es el resultado de una compleja interacción de aspectos, biográficos, sociales y culturales e incluye un abanico de acciones y omisiones de naturaleza dinámica y sujeta tanto a decisiones

⁹³ Menéndez, E.L. (1984) "Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud". Cuadernos de la Casa Chata N° 86, CIESAS, México

coyunturales como a *habitus*⁹⁴ de clase y patrones culturales, lo que le otorga un carácter complejo para su estudio.

Desde la retórica preventiva del programa, se podría afirmar que la dimensión antropológica de la salud constituye un gran ausente en la propuesta preventiva que se impulsa. El programa es más bien una respuesta heterónoma al problema droga y más cercano al control social, debido a que impone a la población toda una batería de consejos sobre los *estilos de vida saludables* de aquellos que no los son, soslayando la dimensión cultural y social de las prácticas de cuidado que se manifiestan a través de los quehaceres de la gente.

El concepto de estilo de vida desde la retórica del programa:

El concepto de *estilo de vida* es utilizado para individualizar la responsabilidad familiar en el desarrollo de modos de convivencia y comunicación riesgoso. Y si se considera que dentro de los estilos de vida están incluidas las prácticas de autoatención de la salud, una concepción negativa sobre ellos, no hace más que deslegitimar estas prácticas y reforzar la imagen de incapacidad de los grupos sociales para dar respuestas valiosas a sus padecimientos. Así, el concepto de estilo de vida queda reducido al de conducta de riesgo, reforzando el sistema de culpabilidad sobre la familia, como principal responsable de las conductas negativas de sus miembros.

⁹⁴ "...sistema de disposiciones durables y transferibles, estructuras estructuradas predispuestas a funcionar como estructuras estructurantes, es decir, como principios generadores y organizadores de prácticas y representaciones... historia incorporada, y de eso modo olvidada como tal, el *habitus* es la presencia activa de todo el pasado del cual es el producto: por lo tanto es el que confiere a las prácticas su independencia relativa en relación a las determinaciones exteriores del presente inmediato..", en Pierre Bourdieu (1991) "El sentido práctico", Taurus Madrid.

Como se ha señalado el programa, QUIERO SER está orientado hacia la formación de actitudes y destrezas en el ámbito escolar con un sesgo reeducativo en especial las acciones destinadas a los padres. Su estrategia se basa en la transmisión de ideas, y en el desarrollo de actitudes – tanto en los niños como en sus familias – que promuevan estilos de vida saludables.

Los estilos de vida: una mirada desde Pierre Bourdieu:

Con el fin de incluir otro ángulo de análisis sobre este aspecto resultan valiosos los aportes de P. Bourdieu respecto de la conformación del *habitus* por familiarización y por racionalidad pedagógica.

Con el objetivo de ahondar sobre la cuestión de los estilos de vida, se inicia con la descomposición del concepto de *habitus* : “...*sistemas de disposiciones durables y transferibles, estructuras estructuradas predispuestas a funcionar como estructuras estructurantes...*” El *habitus* es resultado de condiciones objetivas – *estructura estructurada* – y principio organizador de prácticas sociales – *estructura estructurante* -. En otras palabras se refiere a aquellas disposiciones a actuar, percibir, valorar, sentir y pensar de una cierta manera más que de otra, es decir, en términos de lo que es para nosotros, o no lo es, de lo que es posible o no posible, pensable o no pensable. Estas disposiciones han sido interiorizadas por el individuo en el curso de su historia. Hablar de *habitus* entonces, es recordar la historicidad del agente, es plantear que lo individual, lo subjetivo, lo personal es social. Para Bourdieu existen dos modos de constituir los *habitus*, por un lado

está el aprendizaje por familiarización y por otro el trabajo pedagógico racional. El primero se erige en factor *estructurante* de experiencias posteriores, es decir, que los *habitus* aprendidos en la familia condicionan y determinan los aprendizajes educativos posteriores. Desconocer la distancia entre el *habitus* que se pretende inculcar, y el *habitus* por *familiarización*, está en la base de repetidos fracasos. En este sentido, el programa – como exponente de la racionalidad pedagógica desde la perspectiva del autor – procura infundir maneras de resolver los conflictos, de expresar los sentimientos desde fuera de las condiciones culturales de la educación primera⁹⁵.

La retórica del programa sostiene la idea de un niño universal, una familia universal y un estilo de vida universal y es a partir de esa concepción que se construye un dispositivo de intervención preventiva. De esta forma, surgen dificultades en la aplicación, si se consideran los conceptos de Pierre Bourdieu.

La postura que se desprende de la retórica parte de desconocer que la eficacia de una intervención, depende – en buena medida - del grado de congruencia entre aquello que se pretende transmitir y la visión del mundo de la gente asistida. Esta distancia entre el mundo de base – *habitus por familiarización* - y aquello que se quiere inculcar, - *habitus para racionalidad pedagógica* - constituye – en buena parte - la fuente de los fracasos de las intervenciones preventivas, dado que descansa en una falsa concepción de los seres humanos, como máquinas

⁹⁵ “ ... vos tenés que lograr que un chiquito que está en Jujuy como el que está en Ushuaia, tenga las mismas posibilidades de información, de conocimiento o de habilidades para enfrentar la temática de la droga, más allá de sus realidades distintas” Extracto de entrevista con la Coordinación del área.

homogéneas, descontextualizadas de su entorno y manipulables con fines instrumentales.

Los modelos preventivos implícitos en la retórica del programa:

El programa QUIERO SER adopta el “modelo de factores de riesgo y protección” y a partir de él implementa una serie de acciones destinadas a evitar que los niños entre los 10 y los 14 años eviten el contacto con las drogas o bien retarden la edad de inicio en el consumo. Podría decirse que en su discurso se entrecruzan concepciones de los Modelos Médico – sanitario, Psico – social, y Prescriptivo.

Del Modelo Médico – sanitario se sirve de la triada clásica: agente (la droga), huésped (la persona) y contexto (lo social), así como también de los conceptos de factor de riesgo y de grados de vulnerabilidad, introducidos por primera vez por este modelo a principios de la década del 40

Del Modelo Psico-social se apropia de la idea que la adicción es un síntoma, producto de una patología de base en el individuo y de su contexto inmediato ya sea grupal o familiar. Asimismo se apropia de los conceptos de formación de actitudes de autocuidado, mejoramiento de las relaciones interpersonales, reforzamiento de la autoestima, entre los más relevantes.

Del Modelo Prescriptivo podría señalarse que la retórica general del programa sigue la lógica del mismo, dado que la población beneficiaria (niños y familias) debe asumir lo que dicen los expertos si pretenden evitar el contacto con las drogas o bien disminuir las posibilidades del desarrollo de conductas adictivas futuras.

Hacia una definición de un modelo a partir de la retórica del programa:

A partir del análisis de la retórica del programa se evidenciaría un modelo de abordaje que se podría denominar: “psico – pedagógico- conductual”, en el cual las características de personalidad de los sujetos tendrían un lugar relevante. El diagnóstico que sostiene este registro es que el abuso de drogas sería producto de la necesidad del individuo de cubrir ciertas carencias afectivas. Las características del contexto individual y familiar serían los agentes causales del desencadenamiento de conductas adictivas.

En este modelo, las drogas serían agente activo por su capacidad para “atrapar” la voluntad de los sujetos.

Así considerado, las estrategias preventivas se encaminarían a fortalecer psicológicamente a los sujetos con baja autoestima y más vulnerables a la influencias externas, a partir de toda una batería de acciones vinculadas al desarrollo de habilidades sociales e interpersonales.

Posibles efectos iatrogénicos de la retórica preventiva:

Se podría pensar que la retórica preventiva del programa produciría ciertos efectos iatrogénicos sobre la población beneficiaria.

En primer lugar, porque le otorga un carácter no natural al hecho de tomar riesgos, sortear obstáculos y resolver conflictos como si estos no formaran parte de la vida de las personas en sociedad.

Por otro lado, porque podría reforzar el discurso de culpabilización sobre las familias, especialmente sobre las que no han logrado transformarse en el modelo de familia preventiva que el programa postula. Asimismo transforma los

acontecere de la vida cotidiana familiar - como ser los conflictos inherentes a la relación entre padres e hijos, los desencuentros comunicacionales, o generacionales – en caldo de cultivo para el consumo potencial de drogas.

A nivel individual instalaría una tensión en aquellos sujetos que luego de pasar por el aprendizaje de las habilidades que el programa establece, no logran en un escenario futuro anticipar los peligros y evitar el encuentro con las drogas.

Las dificultades de implementación del programa desde su retórica:

En principio, si se pretende trabajar en prevención, se debería quebrar la relación de asimetría entre el saber de los expertos y el saber de la gente respecto de sus propios padeceres. La adopción de esta posición, implica un giro en las formas de pensar e implementar los sistemas de atención actuales. Se partiría de identificar, describir y analizar las formas de atención que los conjuntos sociales manejan respecto de la variedad de padeceres que reconocen como afectando su salud. Por supuesto, que esto no significa reducir – la identificación de padeceres, ni las formas de atención – solo a lo que reconocen los conjuntos sociales, sino que este sería el punto de partida, que permitiría comprender la racionalidad de las acciones desarrolladas por los grupos sociales, en combinación con los diferentes tipos de atención, ya sea biomédica, popular, alternativa, u otras. La adopción de esta manera de pensar el ámbito de los cuidados de la salud, conduciría al desarrollo de estrategias de intervención que articulen dichas racionalidades.

Las dificultades de implementación de este tipo de estrategia son variadas y complejas, dado que incluye procesos ideológicos, técnicos, organizativos, entre otros. Y en lo que respecta al campo de la prevención de drogas, se cree que las

dificultades se duplican por los efectos de la “cultura de la prohibición”. Que se quiere decir con esto, que la criminalización del consumo afecta las dinámicas culturales de atención que despliegan los propios grupos sociales, produciendo un corte muy fuerte entre el saber experto y otros saberes. La retórica preventiva del programa, refuerza esta línea divisoria dado que legitima ciertos estilos de vida como saludables en desmedro de otros, produciendo entonces un efecto de disociación entre el mundo de la gente asistida y el mundo de los “preventores”

La metodología como retórica:

Por último, se tratará de identificar algunos elementos que configuran la retórica de la implementación del programa.

El programa se instala a partir de la firma de un convenio entre: el Ministerio de Educación de cada provincia, el COFEDRO, y la SEDRONAR. Este convenio garantiza el acceso a las escuelas. Se podría decir que abría una retórica verticalista de instalación del programa a partir de los acuerdos generados a nivel ministerial con la Secretaría. Esta modalidad de inscripción del mismo obturaría la posibilidad de que emerja una demanda, es decir la preocupación de la comunidad educativa por el consumo real o potencial de drogas en las escuelas.

Por otra parte al ser un programa cuyos contenidos están definidos de forma previa, sin la participación de la población a la que se destina, supone una retórica vinculada más a un decir sobre los factores que desencadenarían posibles consumos, que a una retórica basada en la escucha como a priori metodológico.

Por último, la incorporación del equipo de docentes capacitadores al programa se da a partir de la asignación de puntaje. Este mecanismo daría cuenta de una retórica que se solapa a la lógica de ascenso impuesta por el sistema educativo.

Capítulo N° 5

“Uno siempre escribe desde algún lugar, desde alguna circunstancia social y contra alguna interpretación de ese lugar. Salvo para los que creen equivocadamente, aunque hoy no sean pocos, que el conocimiento de lo social puede ser una ciencia aséptica uno siempre

está, conscientemente o no (y mejor que lo esté conscientemente) en algún debate, en alguna lucha de ideas. Esta es al menos mi experiencia personal y, que yo sepa, la mejor de las ciencias sociales y la historia latinoamericana.”

Guillermo O'Donnell, discurso publicado en *Disonancias*

La elaboración de una tesis entraña una toma de posición teórica, epistemológica y metodológica. En función de este enunciado es que se escriben las conclusiones y sugerencias del trabajo.

a) Conclusiones generales:

A partir del análisis de la retórica del programa QUIERO SER, y en relación con las hipótesis que plantea la tesis, se podría decir que las mismas se corroborarían dada la preeminencia del abordaje psicológico y psicopedagógico – desde una línea cognitivo conductual – que deja por fuera otros abordajes, como ser el sociológico, el antropológico, el económico, el histórico por señalar solo alguno de los ámbitos mencionados.

El programa se centra en el reforzamiento de ciertas características psicológicas (por ejemplo el trabajo con la autoestima, y la imagen de sí) y en la adquisición de ciertas habilidades (por ejemplo la toma de decisiones, las formas de expresar las emociones) que distinguirían a los consumidores de los no consumidores. El objetivo sería fortalecer psicológicamente a los niños y dotarlos de habilidades y competencias personales que actuarían como barreras protectoras frente a las influencias sociales que incitan al consumo.

Asimismo el tratamiento de la cuestión de las drogas se limita a una estrategia basada casi exclusivamente al ámbito individual y familiar que denota una posición que explica el problema de las drogas a partir de variables endógenas con una escasa o nula presencia de otras dimensiones como la cultural, la social o la económica, y que de cierta forma también corroboraría las hipótesis planteadas.

El programa analizado, sostiene una posición sobre el problema del abuso de drogas y de la prevención orientada hacia la identificación, busca de regularidades y conexiones causales del fenómeno. Esta postura, estaría más cercana a los enfoques naturalistas de las ciencias sociales y por ende conduce a desarrollar estrategias que pasan por alto las particularidades culturales y biográficas, en post de encontrar en otras dimensiones –como la biológica y la conductual – la base que haga posible la generalización transcultural. Es en el marco de esta lógica que el programa busca modificar aspectos de la conducta y extender su influencia a gran cantidad de población.

Se acercaría más a un manual de procedimientos respecto de las mejores formas de resolver los conflictos, dotar a los individuos de habilidades de respuesta o capacidades, de cómo atender las cuestiones de salud, cómo lograr una comunicación más efectiva, en suma desarrollar un estilo de vida saludable, una mejor forma de vivir, definida – naturalmente - desde los parámetros de cierto saber experto sobre las drogas.

El programa se apoya en un modelo de salud prescriptivo, en el cual la ciencia sería la encargada de “ayudar” a la gente a cambiar sus estilos de vida, en post de

otros más favorables. Este modelo de salud, no considera los repertorios o características étnicas, culturales o de destrezas del grupo objeto de la intervención.

Si bien, en los fundamentos del programa analizado se define a las adicciones como un fenómeno multicausal, se lo trata como un fenómeno unicausal, debido a la utilización – casi exclusiva – de la corriente cognitivo – conductual con una orientación reeducativa como paradigma de respuesta a los problemas que el consumo plantea en la vida de las personas. Esto se hace evidente, a partir de la aplicación del modelo de factores de riesgo, que sostiene una lógica basada en el cálculo de probabilidades que permitiría la detección temprana de conductas consideradas nocivas para la salud. La intervención, desde el modelo de los factores de riesgo, conlleva prácticas moralizantes que se orientan a la corrección o enderezamiento de los mismos en post de una normalización de los grupos “de riesgo” a ciertos modelos previamente definidos como saludables.

Los aportes de la socioantropología, permitiría afirmar que los incrementos en conocimiento son relativamente fáciles de obtener, los cambios en actitudes son más difíciles y los cambios en conducta – que perduren en el tiempo – son extremadamente raros, sino se contemplan las razones o motivaciones que pueden llevar a una persona o grupo a actuar de una cierta manera, más que de otra.

El programa estudiado se enmarca en la línea de la prevención temprana. Este posicionamiento da cuenta de, por lo menos, dos cuestiones. Por un lado,

muestra la concepción sobre prevención que sostiene: actuar antes, anticiparse a la ocurrencia de un fenómeno, prever que algo ocurra. Y por otro, instala un interrogante en torno a si es posible incorporar una conducta que debería activarse – en un escenario futuro – para evitar el potencial contacto con las drogas. La cuestión sería ¿es posible intervenir sobre algo que no ha acontecido?, ¿se puede anteponer el mundo virtual al mundo real, simulando escenarios?

Es factible que no sea posible prevenir el contacto con las drogas, pero sí es posible –y además necesario – lograr el manejo de los usos para no llegar a la adicción.

Otro aspecto a resaltar, se refiere al modelo de factores de riesgo y protección que el programa impulsa. En este sentido, y más allá de una evaluación científica de los factores relevados, quizás lo más significativo sea que se desconoce si la correlación de los factores de riesgo lleva, por su sola presencia, al inicio del consumo de drogas. Asimismo, también se ignora si la corrección de estos factores puede evitar el contacto con las drogas o bien retrasar el inicio en el consumo. Esta situación instala una interrogación, no solo en torno al grado de eficacia de las prácticas preventivas que se promueven desde este modelo, sino también en relación a las particularidades del consumo de drogas en sociedades como la nuestra.

A partir del análisis de la retórica preventiva se pretende dejar planteadas algunas preguntas: ¿es posible que estemos empleando estrategias asistenciales

y preventivas inapropiadas para el tipo de problema que tratamos?, ¿es posible que a pesar de considerarse un tema complejo, sigamos abordando médicamente un problema social y cultural?, ¿es posible que lo que le proponemos a las personas sea más de lo que alguien pueda lograr por propia voluntad?, ¿es posible que los modelos de causalidad lineal simple ya no resulten capaces de dar cuenta de la complejidad del cuadro que abordamos?, ¿es posible que el lugar que los individuos ocupan en la estructura social condicione sus prácticas, la capacidad de modificarlas y las expectativas de éxito de las intervenciones preventivas?, ¿es posible que haya que escuchar más a las personas y hacer un esfuerzo por adecuar nuestras recomendaciones a las posibilidades del mundo del otro?, ¿es posible que no resulte suficiente informar acerca de los riesgos, sino implementar procesos de acompañamiento y facilitación que permita construir una vía para la resolución de problemas?, ¿es posible que el tipo de vida que impone el mercado, con sus mensajes de goce inmediato, no deje espacio para la instalación de un discurso que propone un placer moderado y diferido a futuro, en post de una mejor calidad de vida?, ¿es posible que frente a la felicidad que prometen las sustancias, ningún discurso de renuncia ejercerá la menor atracción?

b) Algunas sugerencias:

Quizás, antes de hacer cualquier discurso sobre la prevención se deban encaminar los esfuerzos por la construcción de un marco general que cobije

distintas alternativas de respuesta, y que no descuide la realidad –material y simbólica– sobre la que se intenta intervenir.

Quizás, una de las primeras acciones a incluir en el trabajo en prevención sea el despliegue de una especie de “epidemiología sociocultural” que posibilitaría conocer el diagnóstico que los grupos hacen respecto de sus problemas de salud -incluido el consumo de drogas de alguno de sus miembros - como las diferentes formas de atención generadas para amortiguar o disminuir determinados daños, sean estos reales o imaginarios.

Quizás los mejores modelos de abordaje para la prevención del uso abusivo de drogas, son aquellos que se orientan a comprender las razones que están detrás de la acción humana, es decir, lograr captar su significado. Esta perspectiva, supondría adoptar la flexibilidad como punto de partida en el campo de la prevención.

Quizás, es valioso desterrar los prejuicios sobre las prácticas de salud incorporadas en los códigos culturales de los grupos poblaciones que no cuajan con los modelos más rígidos y tradicionales de cómo cuidar la salud.

Quizás, es importante adoptar cierto eclecticismo sobre toda la red de organizaciones de “ayuda”, que no responden con la lógica del saber profesional hegemónico sobre las drogas.

Quizás, introducir en el discurso de la prevención la dimensión “goce, placer, felicidad” que las sustancias prometen, habilitaría la vía regia para hablar sobre la multiplicidad de goces / placeres posibles en calidad, cantidad y duración. Esto supondría una estrategia argumentativa contra un placer en nombre del placer.

Quizás reconocer la dificultad sea uno de los primeros pasos en la definición de una estrategia preventiva.

SIGLAS:

SEDRONAR: Secretaría de Prevención y Lucha Contra el Narcotráfico.

CICAD: Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas.

OEA:	Organización de los Estados Americanos.
CONACUID:	Comisión Nacional Contra el Uso Ilícito de Drogas.
NIDA:	National Institute of Drug Abuse.
ONU:	Organización de las Naciones Unidas.
FAT:	Fondo de Ayuda Toxicológica.
JIFE:	Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.
CONATON:	Comisión Nacional de Toxicomanías y Narcóticos.
CENARESO:	Centro Nacional de Reeducción Social.
ASEP:	Acuerdo Sudamericano de Estupefacientes y Psicotr6picos.
OMS:	Organización Mundial de la Salud.
OPS:	Organización Panamericana de la Salud.
DEA:	Drug Enforcement Administration.
CONCONAD:	Comisión Nacional para el Control del Narcotr6fico y Abuso de Drogas.
UNFDAC:	Fondo de las Naciones Unidas para el Control del Abuso de Drogas.
IHRA:	Asociación Internacional de Reducción de Daños.
ARDA:	Asociación de Reducción de Daños.
COFEDRO:	Consejo Federal para la Prevención y Asistencia de las Adicciones y Control del Narcotr6fico.

Bibliografía consultada:

- Alonso, Luis E (1998) "La mirada cualitativa en sociología". Editorial Fundamentos. España.

- Alvira Martín Francisco (1997) “Metodología de la evaluación de programas: un enfoque práctico”. Editorial Lumen. Argentina.
- Arco Tirado y Fernández Castillo: (2002) “Por qué los programas de prevención no previenen”, en Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud, Vol. 2 N° 2 pp. 209 – 226
- Boccia Carlos, Calabrese Alberto: “Apuntes sobre farmacodependencia”. Publicación Técnica N° 2. FAT (en línea: www.webfat.org.ar, consulta diciembre 2011)
- Bourdieu, Pierre (1991): “El sentido práctico”, Taurus, Madrid.
- Calabrese Alberto, Carballeda Juan Manuel Alfredo, Coteló Ernesto (1992): “Correlación entre declaraciones y documentos emitidos por los organismos internacionales (ONU,OEA,OMS,OPS) y las políticas nacionales implementadas para el control del narcotráfico y el uso indebido de drogas. Mimeo. Buenos Aires. CONICET
- Calafat Far, Amador (1995): “Los factores de riesgo como fundamento de programas preventivos”, en Drogodependencias IV. Prevención. Universidad de Santiago de Compostela, España.
- Caplan Gerald (1966) “Principios de psiquiatría preventiva”. Buenos Aires, Piados.1966.
- Castel, Robert (1985): “De la peligrosidad al riesgo”, en Materiales de Sociología Crítica, Ediciones La Piqueta, Madrid

- Castro Edgardo (2004): “El vocabulario de Michel Foucault: un recorrido alfabético por sus temas, conceptos y autores”. Universidad Nacional de Quilmes.
- Comas, D; Espín Martín, M & Ramírez Goicochea, E (editores) (1992) Fundamentos Teóricos en Prevención. Editorial Fundamentos. Madrid.
- Del Olmo, Rosa (1988): “La cara oculta de la droga”, Bogotá, Temis
- Del Olmo, Rosa (1999): “Geopolítica de las drogas”, en Análisis. Publicación sobre problemas asociados con el uso de drogas. Vol. 2. Nº 1. Medellín. Federación Internacional de Universidades Católicas. Fundación Universitaria Luis Amigó.
- Donzelot, Jacques (1998) “La policía de las familias”, Ediciones Pre-textos
- Douglas, Mary (1991): “Pureza y peligro”, Siglo XXI, Madrid.
- Foucault, Michel (primera edición es español 1976): “Vigilar y Castigar”, Siglo XXI Editores.
- Foucault, Michel (1991): “Saber y Verdad”. Ediciones La Piqueta. Madrid.
- Haro Encinas, Jesús Armando (2000): “Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud” en Perdiguero E, y Comelles J.M (eds) Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina. Bellatera, Barcelona, en prensa.
- Hopenhayn, Martín (compilador) (2002) “Prevenir en drogas: Enfoques integrales y contextos culturales para alimentar buenas prácticas”. CEPAL, División de Desarrollo Social. Serie Políticas Sociales. Santiago de Chile. oc

- Lipovetsky, Gilles (1994): “El crepúsculo del deber”. Editorial Anagrama, Barcelona.
- Lorence Lara Bárbara, Hidalgo García María Victoria, Jiménez García Lucía, Antolín Suárez, Lucía (2010) “Evaluación de la implementación de dos programas de prevención de drogadependencias en el sistema educativo andaluz: *Dino y Prevenir para vivir*” en Revista de Educación, 358
- Menéndez, Eduardo (1984): “Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud. Cuadernos de la Casa Chata, N° 86. CIESAS, México.
- Morin, Edgar: “Epistemología de la complejidad”, en D.F. Schnitman (ed) Nuevos paradigmas. cultura y subjetividad. Editorial Paidós, Buenos Aires.
- Murillo Susana (1995): “Foucault: saber y poder”. Oficina de Publicaciones del CBC, Universidad de Buenos Aires.
- Pellet Lastra, A (1991): “Cómo encaramos la lucha contra el narcotráfico”, en Manuales de orientación para educadores. El accionar educativo ante la situación de toxicodependencia. Cuadernillo N° 3, Buenos Aires – SEDRONAR.
- Perry Anderson (1997): “La trama del neoliberalismo”. Oficina de Publicaciones del Ciclo Básico Común. UBA
- Ramírez Monagas, B (1987) “Del modelo geopolítico estructural” en La cuestión de las drogas en América Latina. Una visión global. Caracas: CONACUID

- Ramirez Monargas, B; R. González Alvarado, F.Saturno Hartt; R. Alayón Monserat y J. Chavigni de Budowski (1987): “Reflexiones para el análisis del problema del tráfico y consumo de drogas en las Américas” en: La cuestión de las drogas en América Latina. Una visión global. Caracas: CONACUID
- Romaní, Oriol (2004) “Las drogas. Sueños y razones”. Editorial Ariel. España.
- Ruth Sautu (2003): “Todo es teoría”. Ediciones Lumiere, Buenos Aires.
- Sissa Giulia (1997): “El placer y el mal”. Ediciones Península, Barcelona.
- Tenti Fanfani, Emilio (1981) “La educación como violencia simbólica: P. Bourdieu y J.C. Passeron” en Guillermo González Rivera y Carlos Alberto Torres (Coord) Sociología de la Educación, corrientes contemporáneas. Centro de Estudios Educativos. México.
- Touzé, Graciela (Org) (2006): “Saberes y prácticas sobre drogas” Intercambios Asociación Civil y Federación Internacional de Universidades Católicas.
- Vega Fuente, A (1992) “Modelos interpretativos de la problemática de las drogas”. Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación. Universidad del País Vasco. En Revista Española de Drogadependencias, Nº 17 (221 – 232)
- Vigarello, George: “La droga tiene un pasado”, en Alain Ehrenberg (dir). (1991) Individuos bajo influencia. Editorial Nueva Visión. Buenos Aires.

- Weber, Max (1984) “La acción social: ensayos metodológicos”, Editorial Península, Barcelona.
- Weissmann Patricia (2005): “Toxicomanías: historia de las ideas psicopatológicas sobre consumo de drogas en la Argentina”. Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Yaría Juan Alberto (1995): “La cultura del malestar: drogadicción, alcoholismo, sida. Programa preventivo 10000 líderes para el cambio. Buenos Aires. Universidad del Salvador.

Informes y Documentos:

- Documentos oficiales del Comité Científico Asesor en Materia de Control del Tráfico Ilícito de Estupefacientes, Sustancias Psicotrópicas y Criminalidad Compleja sobre los Usuarios de Drogas y las Políticas para su abordaje.
- Estudio Nacional en población general de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas. Argentina, 2010. Observatorio Argentino de Drogas (OAD). Secretaría de Prevención y Lucha contra el Narcotráfico – SEDRONAR-
- Resumen Ejecutivo: “Estado de conocimiento y agenda de prioridades sobre los consumos problemáticos de drogas y sus respuestas socio-sanitarias”. Equipo de trabajo: Camarotti A; Capriati A; Touris C; Anciola J; Barbieri E; Ortiz Z.

- Encuesta Nacional sobre prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas. ENPreCoSP (2008), en línea consulta noviembre 2011: www.indec.gov.ar
- Lineamientos Hemisféricos de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas en prevención escolar. Organización de los Estados Americanos. Washington DC (2005). En línea: www.cicad.oas.org.
- UNESCO (1973): Seminario sobre jóvenes y el uso de las drogas en los países industrializados. ED/MD/34, Sevres, 10-15 de setiembre.

Anexo:

Selección de párrafos de entrevista:

Nota al pie N° 7:

Dr. Juan Manuel Alfredo Carballeda:

“...yo no conozco ninguna evaluación de programas de prevención.... ¿medir el impacto?, no no hay...igual creo que la forma de pensar esto es a partir de variables cualitativas y no a la vieja usanza de mediciones cuantitativas basadas en “número de asistentes, etc”... eso no dice nada...”

Lic. Graciela Touzé:

“...mmm es un tema difícil, ideológico también, no hay indicadores que midan la eficacia de las estrategias, de los programas, salvo los que todos ya conocen, como ser número de participantes , pero eso no dice nada en relación a cambios de percepción, supongo que....hay que pensar...”

Nota al pie N° 44:

Dr. Juan Manuel Alfredo Carballeda:

“El concepto de prevención es bastante complicado, tiene que ver con la medicina, con los niveles de prevención. El problema aparece ahí con la palabra prevención. Prevenir que? El consumo de drogas? Y ahí ya no hay nada que prevenir porque ya está en la sociedad. Estas previniendo la drogadicción? Entonces ahí tendrás que pensar en el tema de drogas con que determinado nivel

de la población no llegue al nivel de adicción, es una política muy específica, entonces la prevención yo la veo mas como sinónimo de intervención comunitaria, así, si lo pienso rápido, como reparación de lazo social, lo que yo describo como estrategia de intervención microsocia, para mí eso es prevención.....la defino como una intervención que repara el lazo social, en una etapa de fragmentación. Cuando hay mayor integración hay mayor posibilidad de resolución de cualquier tipo de problema”

Lic. Graciela Touzé.

“....Prevención, que te puedo decir...haber hay diferentes modelos, en algunos casos es lamentable como se previene..... buena parte de las estrategias de prevención se sigue responsabilizando, culpabilizando a las familias y reduciendo la cuestión a la buena o mala comunicación dentro de la familia...”mire señora si usted habla con su hijo está todo bien...quédese tranquila”, me parece que sigue habiendo mucho de eso...que uno podría llamar...en términos de los modelos clásicos el modelo psico-social más naif y después combinado con esta otra cosa que va en la línea de ...”denunciemos a los que venden, haber dónde están en el barrio” esto sería otra dirección. Y por otra parte, lo que sigue faltando es algo... llamémosles, una política, un programa más marco en materia preventiva....”

Dr. Juan Manuel Alfredo Carballeda:

“No, yo creo que están totalmente diversificadas y que hay un modelo que es una mezcla de todos los modelos, no hay un modelo que hegemonice, no queda claro qué es prevención. Si uno va al discurso oficial va a aparecer como que está claro, pero si uno va a la práctica, se mezclan mucho las cosas, creo que el modelo actual sería que es lo que es prevención. Es lo que hablábamos mucho en la provincia, el tema de la intervención comunitaria y mas sociocultural, el lazo social, si eso es prevención o no, prevención inespecífica, es una mezcla que estuvo siempre , pero ahora.....lo ético jurídico, también desde el médico sanitario del otro. Una franja que habla desde un modelo y a los cinco minutos habla de otro. Es como un collage postmoderno”

Entrevista al Dr. Juan Manuel Alfredo Carballeda
Año 2008

1) Desde cuando empezaste a trabajar en el tema de las adicciones y por que?

Estaba cursando Medicina y nunca andaban los ascensores. Al pasar por la Cátedra de Toxicología, donde funcionaba el Fat, vi un cartel que decía curso sobre drogadicción, entre y me quede 10 años. Nunca había sido un tema que me interesara. Lo que yo quería era tener algún tipo de práctica. Y lo que me dio el Fat fue un lugar de práctica. En aquel momento no sabias ni con quien hablabas, fue en el año 79, y el Fat era un lugar donde te podías sentir contenido, hablar de política, de libros que no circulaban...

Y empecé siendo estudiante haciendo un curso que daba Graciela Touze, ella fue la que me recibió, y de los que hicimos el curso quedamos solo una parte, y nos invitaron a trabajar en el Fat ad honorem. Y ahí empecé. Mi primera entrevista la hice acá, fue a un alcohólico, que la hice con Graciela, se llamaba Tomadoni, y yo era estudiante de 2º año. Después hicimos un curso de acompañamiento planificado, se llamaba así, que era como acompañante terapéutico para adictos. El Fat trabajaba siempre con la lógica de la no internación y entonces el acompañante tenía que estar a disposición siempre, teníamos 2 o 3, porque no tenía mucho tiempo. Y así fue. Nunca me intereso el tema, tenía cierta aprensión, me parecía como un elemento de dominación del imperialismo, no podía imaginarme al Che Guevara fumándose un porro, para mí era una cosa despreciable. (risas). Y así fue, porque no andaban los ascensores.

Algo que me sirvió y me sirve mucho es lo que aprendí en Fat y lo que hablábamos con Alberto.. A mí me gustaba la sociología aplicada. No me interesaba la psicología que lo veía como muy individual y a la sociología como muy teórico.

En medicina, cuando llegue a clínica médica deje. Dije: esto no es para mí, prefiero ser mecánico de autos. Mi cabeza estaba por estallar. () Me intereso siempre la salud, vinculada a Salud Publica. En el 74, yo estaba en el secundario, rindiendo materias y me metía de colado en las clases de Salud Publica, en la esquina de Marcelo T. ().

Carrera de ¿visitador de higiene? En Salud Publica, que luego paso a Derecho como Lic. En Servicio Social con orientación en salud.

Atender gente, desde la asistencia, atendí solo en Fat, después vi el tema desde otro punto de vista: investigación, en el Departamento de Salud Mental (¿?) de la Pcia de Buenos Aires, ahí se invento la palabra Preventivo asistencial, que eran los CPA que creo Yaria, El depto de Salud Mental, ahí estaba Abel José, un personaje que era Doctor, a los 2 años se jubila y salta que no es medico.. Comisión Provincial de Drogadicción, Ahí participo en los equipos técnicos de Cafiero, del PJ, y ya me metí en el tema también.. Luego participación con Alberto (Calabrese) en investigación de política de drogas en los

últimos 30 años (60 a 90) en el 88. Y después en el tema drogas, haciendo asistencia técnica, asesoramiento, en la pcia de bs.as. el año pasado.... Y aun sigo estando, y el anteaño con el dr. Segovia también, después cursos....y aparte la asistencia al adicto siempre esta, la asistencia fue hasta el 88, pero en la guardia del Alvear, y en la diversidad siempre aparece un caso relacionado con consumo. En la CONCONAD también trabaje, en la época de Alfonsín, 86, 87, donde ahí se políticas de drogas, y ahí tenia discrepancias, con lo que son los tratamientos en las comunicades terapéuticas....Era de ellos, estaba Novelli, Pipo Rossi. ...Lo coordinaba Enrique de Vedia, que hace una movida con Coreggi? De Proyecto Uomo? (no entiendo nada) vendió bien el modelo, te becaban, viajabas a Italia, tenias toda la experiencia del modelo...Época de Chamo. () La CONCONAD me ayudo a conocer gente, las cuestiones internacionales...

2) A vos te parece que existe un aumento en el consumo?

Yo creo que si, yo percibo que si. Es como que hay un mayor registro de que las sustancias están. Y de eso ..que uno percibe un aumento. Incluso diría que si, por distintas razones. En el hospital...es difícil que te encuentres con un paciente que no tenga contacto con drogas, de varias generaciones, hoy te encontras con un chico de 15, el padre y quizás hasta el abuelo. Quizás se blanqueo más la situación o se incorporo más a la cultura. En EEUU es así, es común que la gente utilice la marihuana como tomar café. (Marcela: entonces serian dos cosas, mayor contacto y mayor percepción) Hay variables que te lo suben. Una escuela donde no hayan drogas, es un no creo que ahora sea asi. Ahora la mayoría no queda pegado, se creo una desmitificación cultural.

3) Vos dirías que hay más cantidad de gente que consume, y en cuanto al tipo de sustancia que se consume?

Y ahí está lo estadístico, lo primero sería el alcohol y las drogas legales, y después las de laboratorio, también, la secretaria de adicciones de la provincia, el año pasado la línea apuntaba mas al alcoholismo, vinculado a accidentes de tránsito, sobre todo por las costumbres de ir de pueblo en pueblo. O el exceso en consumo de alcohol. Yo no manejo estadísticas, pero podría pensar que el consumo de alcohol se incremento a partir de pautas culturales que no estaban hace 20 o 30 años atrás. Una fiesta sin alcohol es una fiesta aburrida. Hace 20 o 30 años atrás era raro que hubiera alcohol en una fiesta. El alcohol no puede no faltar, en otras épocas, si bien estaba, ocupaba otro lugar. En otra época sabias lo que querías. Yo sabía cómo conseguir marihuana, como conseguir alcohol, pero prefería hacer otras cosas, aunque alcohol también consumía. Había una cuestión militante, aunque también había gente que tomaba, pero tenias mandatos que tenias que cumplir, escuchar a Quilapayun, a Viglieti. También el tema del alcohol lo podemos vincular con cambios en la cultura. En los últimos 40 años hay cambios muy fuertes en la estructura argentina que , la norteamericanizacion, ese modelo se exporta al mundo. A mi me pasaba que yo tenía amigos norteamericanos que en las fiestas lo único que hacían era tomar, y yo decía ¡que gente aburrida, lo único que hace es tomar!. Uno podría explicar que hay factores socioculturales que incrementaron el consumo de alcohol, también de la industria farmacéutica que incrementaron el uso de drogas de laboratorio, se hizo mas accesible y se naturalizo mas el consumo de drogas. Pero sobre todo marihuana, si sacas la marihuana, caería mucho. Tal vez estaría el acido, pero no se Cuando Calabrese inaugura el centro de adicciones, el tema era la cocaína, vinculada con el jazz y con el tango. Como toxicólogo lo iban a ver gente de la noche, más o menos famosa, que tenía problemas con el tabique, no con la cocaína. Y

tampoco estaba muy aceptado en la cultura médica que pudiera existir la figura de adicto, bueno, la dictadura no aceptaba muchas cosas. (Había una artista brasileña que se llamaba Matarazzo) y tuvo una sobredosis y no se sabía de qué, y en el clínicas no sabían cómo atenderla, lo llamaron al profe, que era título y entre los dos armaron una estrategia de tratamiento y la mandaron para Brasil, no tenían ni idea. No les quedó claro que había pasado. Acá no había consumo de heroína. Si había de cocaína. Por ahí se haya incrementado a partir de que se hizo accesible, no se . Yo creo que más que lo cuantitativo, tiene que ver con la cultura como se maneja con estos temas. La cocaína también tiene otro sentido. En el Hospital es común encontrarte con pacientes que hayan tenido contacto con las drogas.. Las sintéticas no son tan comunes, pero la cocaína si, es un hospital psiquiátrico.

4) Se que no está bien la palabra perfil, pero podes encontrar perfiles que hayan variado, relativizando la palabra perfil.

Si, el sujeto es totalmente distinto, la comprensión del mundo es totalmente distinta.. Si yo veo mi historia en relación con las drogas, ¿Cómo sería ahora? De atrás para adelante, el primer contacto que yo tuve con pacientes tenía que ver con los últimos hippies, en el 79, 80, 81,82, ya estaban pasados de moda. Las pastillas, se había puesto de moda el Dimaval, con los chicos. Teníamos uno. Ahora yo no veo Yo no pensaría en un perfil de consumidor, el paciente que se presento en un ateneo era un consumidor, que había sido abusado, que tenía sus derechos vulnerados, que estaba en conflicto con la ley, que es una mezcla de cosas. La mezcla de problemas que la institución resuelve de a una por vez. Una resuelve el consumo, otra el problema de salud mental, otra el abuso, nunca se juntan y hacemos un desastre. Ese sería el perfil. Que el consumo sea en mayor o menor medida, esta mezclado con una seria de cosas que se podrían tipificar incluso, uno podría decir , desde el punto de vista de cómo es la familia, de cómo vive, es el adicto de ojos oscuros. No hay mas psicóticos , hay psicóticos con problemas sociales. Ese sería el perfil, el adicto no zafa de esto. El caso de hoy. Al chico lo mandan a casa purpura y no sirve, va al psiquiátrico y tampoco, nada termina de resolver. Yo diría un perfil supercomplejo, y dentro de.....¿? . (hace preguntas a las instituciones)

(van de una institución a otra)

Hoy planteo que la que parece adicta es la institución, que expulsa y genera esa sensación de saciedad, hasta que le agarra la abstinencia y tiene que expulsar a otro. Las prácticas son esas. Una intervención pareciera que resuelve la del otro y hasta la otra intervención que de nuevo. Las adictas son las instituciones. Es la conclusión del ateneo. Las instituciones funcionan así, saciándose , pero después necesitan mas. Algo les cambio.

6) ¿Vos cual dirías que es el lugar de la Argentina respecto a otros países en relación al consumo de drogas?

No se, cuanto? (lo que se consume, cuanto...). Primero diría, desde una perspectiva muy integral, que Argentina es muy diferente a cualquier país de América Latina. Entonces eso singularizaría, si llevo esa afirmación al tema drogas, voy a ver distinto que la situación en Venezuela, Colombia, México, Perú, Bolivia. Podría ser algo parecido a Uruguay, no Brasil. En Brasil, cuando yo hacia la Maestría, se consumía Crack, La cultura en Brasil esta mucho mas norteamericanizada que la de acá. Yo creo que somos muy diferentes. Y eso te marca distintas pautas culturales, Nosotr5o tenemos mucha mezcla. Hay 3 países en el mundo que recibieron la cantidad de inmigración como

nosotros: Argentina, Uruguay y Australia. Nosotros nos hace muy distintos. En Chile tenes español y aborigen, algo de alemán. En Brasil portugués, acá está muy mezclado. Marca una diferencia. Vos vas a un restaurant y ves la diferencia. Somos judíos, somos turcos, italianos, eso no lo ves en Venezuela. Te das cuenta en los acentos. Mapuche, tehuelche y pampa. Somos complicados, nos hace distintos. Si lo traslado a las drogas no puedo comparar con puerto Rico, o Dominicana, nada que ver, la lógica es distinta, no quiere decir mejor ni peor , mayor ni menor, es diferente. No me imagino una cultura de consumo de marihuana en Argentina como en Perú. Es distinta. Somos América Latina, como dijo Charly.

Si, fue un país de tránsito porque no tenía la posibilidad de producir, la geografía tiene también que ver con eso. Ahí no están las pautas culturales. Yo entiendo que hay mas factibilidad de producir cocaína en Bolivia por el clima, como la marihuana paraguaya es mejor que la de acá. Aunque acá han hecho muchas mezclas, escuche un tipo en la radio que hizo una marihuana mentolada. Argentina seria país de producción si tuviera las condiciones objetivas para hacerlo. No es una cuestión cultural, no es que no producimos porque somos buenos, moralmente. No da el negocio, no da porque no da tener vacas en Bolivia porque el churrasco te sale feo, la geografía. Yo lo vivo así, desde ese punto de vista. Ahora que haya cierto incremento de laboratorios en el último tiempo es posible, un tema de globalización. Y eso explicaría porque hay tanto paco , algo más de narcotráfico, como explicas que haya tanto consumo de paco. Antes ni se escuchaba ¿Por qué? debe haber alguna forma de producción que hace que haya. Esto , hasta aquí llegue. El ser de transito o no, en que te cambia la cultura de las drogas? Te dará más facilidad de acceso. ¿Qué pasa en Colombia? Tema del café, se debe tomar más rico en EEUU. En Nueva York mi amiga esperaba las manzanas de Rio Negro, y o nunca vi esas manzanas de exportación..

7) Prevención y estrategias. ¿Cómo ves en general las estrategias de prevención actuales? Si pensas que responden a alguno de los modelos

No, yo creo que están totalmente diversificadas y que hay un modelo que es una mezcla de todos los modelos, no hay un modelo que hegemonice, no queda claro qué es prevención. Si uno va al discurso oficial va a aparecer como que esta claro, pero si uno va a la práctica, se mezclan mucho las cosas, creo que el modelo actual seria que es lo que es prevención. Es lo que hablábamos mucho en la provincia, el tema de la intervención comunitaria y mas sociocultural, el lazo social, si eso es prevención o no, prevención inespecifica, es una mezcla que estuvo siempre pero ahora , ético- jurídico, también desde el médico sanitario del otro. Una franja que habla desde un modelo y a los 5 minutos habla de otro. Es como un collage postmoderno.

8) con respecto a las estrategias, vos ves como diversidad o como desorientación de o no saber

Diversidad por un lado, y desorientación en relación a las dificultades que tiene la política para dar respuestas más rápidamente al mercado. Coca cola. El gobierno se maneja con esa lógica , entonces cambia de rumbo todo el tiempo. No es un tema de acá, yo creo que es mundial. Hay posiciones más conservadoras y menos conservadoras, pero en la práctica, yo creo que es , en EEUU tienen un modelo duro,

9) ¿Podes conceptualizar la prevención?

El concepto de prevención es bastante complicado, tiene que ver con la medicina, con los niveles de prevención. El problema aparece ahí con la palabra prevención. Prevenir que? El consumo de drogas? Y ahí ya no hay nada que prevenir porque ya está en la sociedad. Estas previniendo la drogadicción? Entonces ahí tendrás que pensar en el tema de drogas con que determinado nivel de la población no llegue al nivel de adicción, es una política muy específica, entonces la prevención yo la veo más como sinónimo de intervención comunitaria, así, si lo pienso rápido, como reparación de lazo social, lo que yo describo como estrategia de intervención microsocia, para mí eso es prevención, mas que. Incluso el concepto de diagnóstico, pronóstico y tratamiento, ligado a la prevención, también explota. El HIV lo hace explotar, el mismo diagnóstico en la misma persona, el mismo tratamiento no sé si es el mismo pronóstico, porque va cambiando desde la farmacología hasta lo que se sabe del problema. Estalla la medicalización del concepto. No prevención. La defino como una intervención que repara el lazo social, en una etapa de fragmentación. Cuando hay mayor integración hay mayor posibilidad de resolución de cualquier tipo de problemas.

10) Y en cuanto a los obstáculos para desarrollar programas de prevención

La voluntad política. Las instituciones. Y también el tema de la deslegitimidad de los discursos y también la caída de los derechos subjetivos. Cada cual arma su propio esquema de prevención y de tratamiento. En CENARESO también, y nosotros mismos. No nos quedamos con una palabra, vas armando, tu subjetividad, tengo derecho a hacerlo. Nuestros padres hacían lo que el médico le decía. Hoy no. Es clave mirar los derechos subjetivos. () el desgaste de la palabra. Explicar lo que estás diciendo. El lenguaje se fatiga. (construcción de ciudadanía...ej) Entonces como intervención, singularizada, orientada al lazo social.

11) Vos ves que hay tipos de intervención, tipos de estrategias?

Si, hay tipologías. Yaria, tipo Izaguirre (asusta gente), las estrategias progre, que terminan no haciendo nada, eso también pasa, Una tipología nueva es el grupo de las madres, madres preocupadas por un tema. Como una cosa sectorizada, medio fascistoide y también la puedes ver como construcción de un movimiento social. El tema es que caracterización le das a eso.

Entrevista Graciela Touzé.
Presidenta Asociación Civil Intercambios
Año 2008

E: Entrevistador
G: Entrevistada

E: Cuanto tiempo hace que trabajas en el tema de las adicciones, hitos o acontecimientos, en que instituciones, y por qué en este tema

G: Empecé en el año 76 a trabajar en el tema. Recién graduada. Di mi última materia de trabajo social a finales del 75 y mientras estudiaba la carrera trabajaba de maestra y bueno en el 76 seguí trabajando de maestra, no me dio para buscar laburo de trabajadora social y lo que sí...promediando el año 76, con los que habían sido mi grupo de la

facultad, mis compañeras, no se cómo, eso ya ni me acuerdo, pero habían hecho un curso en la cátedra de toxicología en la facultad de medicina, lo que era Fat en aquella época estaban en la cátedra, y bueno se habían enganchado y por ahí me enteré, que estaban queriendo incorporar trabajadores sociales, y por eso habían hecho un curso como forma de reclutamiento. Obviamente, una cátedra totalmente voluntaria y empezaron a trabajar varias de estas compañeras. Me comentaron y yo me acerqué también y empecé a ir como voluntaria. ¿Por qué?...yo no elegí el tema, en realidad el tema adicciones....me incorporé ahí como una manera de empezar, de insertarme profesionalmente y fundamentalmente en ese momento fue como encontrar a un espacio en dónde se podía hablar, se podía pensar, se podía discutir, había un grupo de gente joven, de distintas disciplinas y... yo esto siempre lo digo, para mí fue – pleno inicio de la dictadura – un espacio, un lugar para estudiar, con cierta confianza y por eso empecé. Después bueno, después sí, el tema me gustó, me interesó, me pareció siempre que el tema drogas era...es un tema desde dónde mirar cuestiones de lo social en particular, y ya ahí quedé trabajando en la temática. Durante muchos años en Fat, en lo que era el espacio de la cátedra, después cuando al profesor Calabrese lo jubilaron de prepo y bueno hubo que irse de la cátedra y un poco...ya Fat se armó por fuera del espacio de la universidad. Durante mucho tiempo como voluntaria, yo tenía mi trabajo de lo vivía, y el espacio de trabajo en Fat, que era un espacio de aprendizaje en una primera instancia, y bueno de inserción en cuestiones que me interesaban hacer. Muchos años ahí...con esta situación de doble inserción, lo que era mi trabajo en el hospital, y el trabajo en Fat, estuve 10 años, hasta el 86. En el 86, cuando se creó la Comisión Nacional de Drogas, ya en la época del Alfonsín, yo me fuí a trabajar ahí, en el equipo técnico de esa comisión. Me dieron una comisión en el hospital Posadas, dónde yo trabaja. Ahí estuve hasta finales del 89...a mediados del 89, cuando asume Menen, se disuelve la Comisión Nacional, se crea la Sedronar – con Lestelle como primer secretario – y bueno yo tenía mi comisión hasta fin de año, no me la renovaron y ahí yo tomé la decisión de no volver al hospital y seguir exclusivamente trabajando en el tema drogas. Volví a...en realidad nunca me había ido, a trabajar en Fat y ahí en paralelo, 89, 90 empecé a trabajar en Ciudad de Bs. As. en lo que era la Escuela de Capacitación Docente en la Secretaría de Educación, en un equipo que trabajaba capacitando a los docentes del sistema de ciudad de bs. As en temáticas de prevención de adicciones y ahí estuve, también 10 años, más o menos y después a principios de los 90 armamos desde el espacio de Fat el Programa de Prevención de SIDA y armamos un equipo y cuando empezamos a trabajar...descubrimos toda esta temática, toda esta orientación de la reducción de daños y empezamos a trabajar en cuestiones de uso de drogas y VIH y a partir de ahí, marcamos muy fuerte en toda esta perspectiva de trabajo y a finales del 95 decidimos crear Intercambios, como manera de poder desarrollar esa línea de laburo que nos venía interesando mucho y ahí el que era el equipo que estábamos trabajando en un programa particular dentro de Fat, decidimos armarnos como organización y crear Intercambios para tener el espacio institucional de desarrollar más toda la cuestión de la perspectiva de la reducción de daños.

E: Desde tu experiencia, ves que aumentó el consumo de drogas en este tiempo. Ves un incremento real

G: Yo creo que...., es esto, a ver...los estudios que hay dicen eso, dicen que sí. La “alarma social”, por así llamarlo, marca esto, yo creo que sí, me parece que hay un incremento cuantitativo, las prevalencias de consumo de drogas son mayores que años atrás, y me parece que lo que hay también es como una diversificación de consumos...y me parece que hay...para ciertos consumos, como una naturalización, una normalización

mayor de lo que son los consumos de ciertas sustancias que hace unas décadas atrás. Me parece, que se yo, el consumo de marihuana, me parece que hace 20 años seguía siendo un consumo marginal, en el sentido de no demasiado, no tan central. Creo que son consumos que están mucho más incorporados, en muchos sectores como consumos no problemáticos, y mucho más extendidos. Creo que sí. Esto es un poco lo que a veces dan cuenta los estudios epidemiológicos, que dicen la prevalencia de consumo es tal o cual... creo que sí

E: Y...esto que vos decís, más diverso...que sería, diversas las sustancias que se consumen, diverso el perfil del consumidor

G: Me parece que esto...una diversidad de sustancias, una incorporación, digamos... como de sustancias no conocidas, o menos difundidas que años atrás y la permanencia de consumos históricos y distintos sectores, me parece que se han ampliado también el tema del rango de edad, la cuestión de la disminución en las edades de inicio...y después por ahí, como patrones diferentes de consumo, sí...muy, que son muy incorporados socialmente como el tema del alcohol, me parece fundamental...me parece que, el consumo de alcohol en los sectores juveniles, en adolescentes, en los últimos años viene teniendo también como una diversidad de lo que era el consumo de alcohol histórico, que era un consumo más del endogrupo??, esta cosa, de cantidades importantes asociado... de esto que ves tan incorporado – el grupito de pibes en la esquina con una cerveza – como una postal de ciudad absolutamente presente, me parece que es...digo, no hace un año, pero si uno lo piensa, 20 años atrás, me parece que hay modificaciones.

E: Y así, como a grandes rasgos, porque es un tema que da para mucho, con que factores estaría relacionado esto...si vos tuvieras que hablar de algunos y jerarquizarlos

G: Me parece que desde el punto de vista social, socio-cultural, y que se yo..., pero algo de tan repetidas ya suenan vacías las palabras, pero de todo el proceso de fragmentación social que se viene dando...toda la marca de la dictadura por un lado, más todo lo que ha significado la década de los 90 en nuestro país..ese deterioro del lazo social, de los proyectos colectivos, me parece que ahí.... es como un condicionante muy grande, me parece que habría que pensarlo en ese marco, yo trato de pensarlo así, como cuestión más macro, no...digo estas situaciones de descreimiento en las instituciones, de deterioro de las instituciones, esta labilidad social que me parece que se ha ido instalando, es fuertemente..., digo hay que mirarlo por ese lado, inclusive en términos, - no se si me voy para otra cosas, como esto ha impactado en muchos de los discursos y de las estrategias preventivas, yo creo que muchos de nosotros, especialmente con el retorno de la democracia pudimos fortalecer todo un discurso, una lógica preventiva que estaba muy amarrada con los contenidos de participación social, de construcción de proyectos colectivos...y el discurso preventivo en tema drogas, también venía enganchado con eso...la verdad que, hoy por hoy echar mano a esos contenidos para el trabajo en prevención es difícil, porque el contexto es...es medio naif por momentos, ¿no?, yo, que se yo, revisando la historia, miro folletos, inclusive materiales de esa época, como...le hablamos a los pibes hoy por hoy de esas cosas, es como que hay otra sintonía...y me parece por ahí es la cosa....después bueno tenés la cuestión particular, la vulnerabilidad de sectores sociales muy marcados, condiciones de pobreza, obviamente que todo eso, pero como marco más general, y además...sino parece que todos los sectores de pobreza, y vos sabés también que en los otros sectores sociales..., se drogarán de otra manera , que se yo, me parece que esto...que esta cuestión está...esta relevancia

puestas en las cuestiones más individualistas, todo esto...por ahí uno podría intentar explicar algo de estos fenómenos.

E: ...en relación al aumento...hubo un aumento en la cantidad de drogas que se consumen, un aumento en la cantidad de gente que consume drogas...

G: Creo que las dos cosas...la dos cosas. Hay mayor diversidad en la oferta de sustancias, digo haber...la aparición de la cocaína más masificada de los 80 para acá, en los últimos años...todo este discurso construido por un lado, pero además una situación real de la pasta base de cocaína que implica sustancias que no estaban tan...no digo que no existían, pero que no estaban tan generalizadas, no circulaban tanto, como el tema del éxtasis y de los estimulantes son, esos, relativamente nuevos. Todo eso...no anula los consumos históricos de los psicofármacos, de alcohol por supuesto... por un lado me parece que hay esto, de los pegamentos...ahora, a cada rato están apareciendo noticias de intoxicaciones con nafta...hay como mayor circulación de más sustancias, pero sí me parece que hay un mayor número de personas que se incorporan..no necesariamente a consumos problemático, me parece que hay...por eso hablaba de cierta naturalización o normalización de ciertos usos...me parece que antes era ahhhh viste, como una cosa más.....y aún entre los sectores...jóvenes por ahí había cierta distancia entre los que hacían consumo de ciertas sustancias y quienes no, me parece que eso está más borroneado, la verdad que no sabría decir si los consumos problemáticos son cuantitativamente también...que se yo eso, si me parece que esto, la utilización de distintos tipos de sustancias psicoativas...y si me parece que también es verificable, las bajas en la edad de inicio, esto es observable empíricamente y la mayoría de los estudios te señalan esto. La edad de inicio es bastante más baja que en unas décadas atrás..

E: Si vos tuvieras que hablar del perfil del consumidor de drogas....cómo hablarías de este tema ahora...

G: Lo primero que se me ocurre que no hay un perfil, que quiero decir, me parece que no hay usuarios de drogas, no hay fenómeno drogas, es una pluralidad de situaciones, hay muchas sustancias, hay sujetos muy distintos con historias muy distintas, con trayectorias muy diferentes en contextos muy diferentes, entonces, me parece que lo del perfil es algo que les encanta a los psiquiatras, que arman el DSMIV , yo no sé...la verdad que me parece difícil, me parece que uno puede como encontrar ciertos arquetipos de alguna forma, me parece que tenés el arquetipo del usuario en situación de mucha vulnerabilidad, que es el...el pibe más chico, del sector de la pobreza con consumo de sustancias muy tóxicas, de muy mala calidad, acá tenés el usuario de paco como un arquetipo que tiene que ver...con el perfil es la desprotección, y me parece que tenés como un otro arquetipo que es el pibe el joven de sectores medios, medios altos, universitarios consumidor de éxtasis en las rave, y me parece que en esta idea arquetípica nos seguimos olvidando de los adultos, las mujeres adultas especialmente abusadoras de psicofármacos. A mí me llama mucho la atención...esto que ya no es nuevo, ya hace años que se viene hablando, pero esto que – cuando empezamos a trabajar no existía - y que se llama las patologías duales, me parece que ha habido una psiquiatrización del fenómeno de las drogas fuerte...y se ha instalado esta discusión, si es un cuadro psicopatológico en sí mismo, si, sí , si no, además todo este desarrollo que ha habido a partir de las patologías duales...uno va hoy a cualquier congreso y parece que lo que más se escucha es esta cuestión. Yo no digo, no me atrevería - además no es mi campo- , hay no hay componentes psiquiátricos, digo, me parece que ahí se ha creado una nueva entidad nosológica que no existía antes, por lo menos cuando yo empecé a

trabajar en esto...estaban las personas con consumo problemático de drogas, los adictos y después estaban los pacientes psiquiátricos que por ahí tenían algún consumo - que inclusive se decía que con consumo de drogas no se dispara la psicosis – esto de la patología dual...

E: Cómo ubicarías a la Argentina en relación a los otros países del mundo en términos del consumo de drogas, o por lo menos en el contexto latinoamericano

G: No me acuerdo con quien hablaba el otro día que me decía...que según los datos del informe de las Naciones Unidas somos el 1er consumidor de cocaína en Latinoamérica. Primero, me parece que ...Argentina no es la argentina, sino las varias argentinas que tenemos, la situación básicamente del área metropolitana de Bs As, que creo que es una cuestión y otra es la Capital, Rosario, Córdoba, los grandes centros urbanos y otra es el contexto del interior del país. Yo creo que en los centros urbanos, me parece que argentina está con niveles de consumo...relativamente difundidos y por ahí mayor o similar, no me imagino que sea muy diferente la situación entre Bs. As, San Pablo, grandes urbes de América latina. Quizás con este fenómeno del paco, después del 2001, nos vamos latino americanizando y nos parecemos más a Lima, a Quito a Chile que tenían este uso desde años atrás. La verdad que no sé en relación con otros países, pero me parece que en términos de similitudes o diferencias yo me las imagino más en términos de lo urbano y lo rural y ahí creo que las grandes ciudades latinoamericanas, me parece que tenemos ciertos patrones comunes en ese sentido y quizás – esto así con millones de signos de pregunta, porque uno está tratando de entender a ver qué pasa – quizás viendo esto que parecería que está pasando y que sería nuevo en nuestro territorio más ligado a las cuestiones no ya de consumo, sino más ligado a estas nuevas cuestiones vinculadas al tráfico a cierta instalación de procesos de producción de drogas y ya no solamente de tránsito con cuestiones de consumo local y todos los fenómenos que trae, y traerá aparejados. Me parece que es algo de lo que está ocurriendo en este momento, que yo todavía, no se si alguien tiene claro que está pasando. También resulta muy difícil discriminar entre lo que es bambolla periodística y todo lo que se arma, y la realidad, que se yo, pero algo pasa evidentemente, ahora si es todo lo que están poniendo...el narcotráfico se está instalando, o es algo mucho más local...pero me parece que por ahí se vienen dando algunas situaciones que afectan a todo lo que es el tema de consumo y que también nos van a asemejar a ciertos fenómenos de otras ciudades latinoamericanas...no me quiero poner dramática, pero algo se va generando, estos pequeños fenómenos que uno va viendo y que van brotando, me parece que hay que estar atento a esta cuestión, a estos grupos “las madres contra el paco”, estas cosas son pequeños fenómenos locales que te van marcando otras dimensiones....para estar mirando que pasa

E: ...han cambiado las maneras de intervención....cuales son las estrategias de prevención que ustedes tienen., si tuvieras que hacer un mapa de estas estrategias, en relación con otros momentos históricos

G: Mirá no sé si plantearlo en términos de una estrategia, pero por lo menos una línea de trabajo...que necesitamos profundizar y clarificar conceptualmente, pero que ha tenido mucho que ver con estas discusiones entre el campo de la investigación y el campo de la intervención tiene que ver con el trabajo que estamos desarrollando con organizaciones sociales. Un trabajo con esas organizaciones que están enraizadas en los territorios, que por ahí se dedican a otras cuestiones, que tienen una dedicación más formal...no sé, son un comedor comunitario pero que a su vez en el medio del desamparo de un territorio son

como la única resistencia social que hay, y entender como esas organizaciones están permanentemente demandadas por la realidad que las rodea, sin herramientas para intervenir, pero al mismo tiempo, con esta...esta idea construida socialmente que el tema de las drogas es un tema de especialistas, que tiene que venir el cenareso, que tiene que venir el cpa, el especialista en el tema, nadie que no sea el especialista puede...entonces, esto de poder trabajar con estas organizaciones y re-pensar estas cuestiones y ver como en la cotidianeidad de su trabajo se pueden incorporar.... estas maneras de vincularse con los jóvenes, con los jóvenes que usan drogas, que están en la puerta de su organización y que por ahí no pueden pasar nunca de la puerta para adentro, ¿no?. Esa es una línea de trabajo que tiene mucho que ver con estas discusiones. Otra, más incipiente aún, yo te diría como preguntas....que nos estamos haciendo es más desde la intervención hacia la investigación, estas cuestiones vinculadas al tráfico y a la lógica del tráfico. Estamos ahí, estamos empezando a ver, también con nuestras reservas porque es un tema delicado, obvio que no nos referimos al gran fenómeno del narcotráfico del cártel de México, sino como se dan las redes del micro tráfico en los territorios, esto es más como preguntas que han surgido de la intervención, ¿cómo podemos entender más esto?. Y después bueno, cuestiones muy puntuales, como el primer estudio que hicimos de inyectables que era...estar así...fuertemente sesgado, que era de VIH, algo que apareció muy claramente fue el absoluto desconocimiento de la población con la que estábamos trabajando en cuestiones vinculadas con la hepatitis. Apareció claramente la necesidad de abrir una línea de trabajo en términos de difusión de información, de armado de materiales...en relación a hepatitis, porque era...la gente podía tener estas ideas erróneas o no respecto del VIH o viejas pero había circulado cierta información, pero del tema de hepatitis...y de hecho, cuando hicimos el primer estudio de prevalencia , si bien encontramos casos de prevalencia de VIH muy altos, muchos más altos eran los de hepatitis. La hepatitis B era escalofriante. Acá introdujimos inclusive estrategias más clásicas del control sanitario – mal que nos pesara – dijimos, dejémonos de joder, consigamos vacunas de hepatitis B y empezamos a ofrecer vacunación de hepatitis B

E: En cuanto a lo que se está haciendo fuera de intercambios, como estrategias de prevención..¿Qué pensás, ¿a qué modelos responden?

G: Creo que hay de todo, como hubo toda la vida. Me parece que seguimos teniendo las cosas lamentables depor ay, me parece que es menos, que modera un poco la cuestión abiertamente más represiva, por llamarlo de alguna manera, pero me parece que seguimos, por un lado teniendo estos programas medio lamentables de los grandes organismos con la drogas. Las campañas, la cuestión de los afiches, las maravillas como los afiches de la SEDRONAR.

Entrevista Coordinación área Prevención SEDRONAR
Año 2011

E: Entrevistado

M: Entrevistador

E: Hay como otra filosofía del tema científicamente

M: si, eso me he dado cuenta por los trabajos de recopilación que hice como de una cosa de mucho voluntarismo y con mucha ausencia del marco teórico y sin

evaluación. Salvo el artículo que vi de la página de la SEDRONAR, que es un trabajo tuyo del 2005 que habla de evaluación de impacto de un programa deportivo en Isidro Casanova.

E: si puede ser, nosotros ahora con FLACSO a través del observatorio contratamos gente de allí para hacer la evaluación del QUIERO SER, que es el programa que nosotros tenemos en prevención escolar que es un continuo y este año llegamos ya a una camada que es de 4 años de programa y lo que estamos haciendo justamente es que se contrató para que se haga la evaluación. Estamos avanzando, pero cuesta, la gente no está acostumbrada al programa, todavía se hacen charlas, todavía se cree que la prevención es una charlita en la escuela, o capacitar un docente y cuesta mucho lo que es verlo como un programa, entender que la prevención es a largo plazo, que hay que planificar mínimo a 5 años.

Si quieres consultar en Internet, fijate todo lo que es material del CICAD que hay lineamientos claros hemisféricos en el tema de prevención, donde definen claramente por consenso cuales son los modelos teóricos de programas recomendados para trabajar con chicos, tenes todo lo que es modelos de habilidades, ecológico, de competencia, factor de protección de riesgo y está bien definido el marco y la metodología. Se ha sistematizado y avanzado mucho en esto. También el NIDA que es el área de investigación de EE UU en el tema drogas tenes lineamientos modelos.

Es difícil, yo digo que Argentina va como atrás del problema, se empezaron a detectar los problemas de consumo, salieron muchos grupos voluntariados, la mayoría de las comunidades terapéuticas empezaron a dar tratamientos, problemáticas ya instauradas y a partir de ahí se empezó a ver como se hacia algo para prevenir, digamos que estamos desandando un camino y tratando de mejorar y lleva su tiempo. Hoy todavía hay lugares que dicen que no es un tema que nos preocupe... son realidades distintas, en otros países que son productores o en los países como Europa España que tuvieron el tema de la herína y que entraron en emergencia sanitaria por eso y a partir de ahí tuvieron que generar todo lo que generaron como dispositivo. Acá todavía es un tema que recién creo que hoy estamos asumiéndolo con la problemática que esto tiene.

M: ¿A ustedes les llega la demanda para hacer un trabajo, como trabajan, la demanda en prevención llega a la secretaria?

E: Si, nosotros somos una secretaria de estado con la particularidad que depende de presidencia, por lo cual es una secretaria que no está dentro de un ministerio, que tiene autonomía, como parte de la secretaria mas allá de la estructura, tenemos 2 subsecretarias, una que es de prevención y asistencia diríamos, donde está esta dirección, la de prevención y capacitación y la otra que es la de narcotráfico en ésta se trabaja a nivel de planificación o de recomendaciones en estrategias de narcotráfico pero no tiene capacidad operativa, porque la capacidad operativa son de las fuerzas de seguridad que están en los ministerios que corresponden, seguridad interior y demás, así que es como la otra parte de esta secretaria. La nuestra que es la de prevención y asistencia que tiene como objetivo fundamental la programación de políticas de prevención y asistencia y para esa programación de desarrollo de política tiene el COFEDRO que es un consejo federal integrado por cada uno de las provincias por un referente político técnico que designa cada provincia y que se supone que es el responsable de este tema. Concretamente lo que hacemos nosotros es, por un lado tener el mapa desde el observatorio de cual es la realidad de tema drogas, cuales son las tendencias, como se está dando. En el marco de eso generamos algunas estrategias muy claras de donde para nosotros son los ámbitos a fortalecer el tema de prevención y

esto se articula conjuntamente con el cofedro, con las oficinas, digamos con las provincias. La secretaria en si no tiene un ámbito y tiene todos, nosotros hacemos acciones en las provincias pero en la coordinación con la política provincial y municipal, eso lo tenemos que respetar, en el marco de eso nosotros desde la dirección tenemos 4 líneas que son fuertes que definimos además dentro de lo que es el plan nacional y el plan estratégico de la secretaria, que es el ámbito educativo, el ámbito comunitario con lo que es municipios, el ámbito laboral y el ámbito de juventud y en el marco de cada una de esas líneas una estrategia específica.

Dentro de esas 4 donde el ámbito que mas desarrollo tenemos es el ámbito educativo y le ponemos mas fichas porque todo los estudios, todos los mapas que vos haces dicen que el inicio del consumo está alrededor promedio entre los 12 y 14 años depende de realidades locales provinciales y demás, por lo cual nosotros apuntamos a un programa que se inicia a los 10 que va de 10 a 14 ese es el QUIERO SER y hemos puesto mucho énfasis en eso, no solo en el programa sino en la red que genera ese programa para ser implementado, nosotros estamos hoy en 19 provincias trabajando con el quiero ser, en el marco de un convenio que firma el ministerio de educación de esa provincia, el cofedro o sea el referente y el área gubernamental del cual depende el cofedro, porque los cofedros pueden depender del ministerio de salud, el ministerio de desarrollo, en cada provincia depende de algún lugar en particular y nosotros, entonces cada vez que bajamos una provincia se baja conjuntamente con el ministerio de educación de esa provincia, para tener acceso a las escuelas, para hacer algo compartido, para que sea incluido dentro del PEI, para que sea parte de la política el tema de prevención incluirlo en lo que es el ámbito educativo claro, en función de eso el ministerio de educación genera una resolución interna para que el docente que hace el programa se le acredite puntaje docente por su propio ministerio, para que sea serio. Hemos tratado de cuidar mucho y generar mucha articulación para que sea un programa donde genere un empoderamiento de los docentes, de los chicos, de las escuelas, de cada provincia, mas allá de que nosotros estemos o no estemos, vayamos o no vayamos, para que después lo absorba la provincia, hay provincias donde ya lo coordinan ellos, los ministerios provinciales los sostienen, que es como el objetivo final. Lo que yo digo es que mas allá del material entregado a cada docente y alumno, es la visión de lo que es la prevención en el aula, entonces vos desde este lugar como política publica, como objetivo de política publica, es que un chiquito que está en Jujuy como el que está en Ushuaia tenga la misma posibilidad, el mismo acceso de información o de conocimiento o de habilidades para enfrentar la temática de la droga de la misma forma, mas allá de sus realidades distintas, pero que como política publica, vos digas yo me estoy ofreciendo, claramente instaurando un programa de prevención de drogas en las escuelas y que es el mismo, con un mensaje unificado frente al tema, porque es un tema con muchos vericuetos, es un programa de prevención universal, parto de la base que estoy trabajando con un niño que nunca consumió, donde yo lo tengo que fortalecer, el programa hoy, prevención apunta en todos los niveles más allá de sus particularidades dicen que prevenir droga es no hablar de drogas, no focalizar estrategias sobre las sustancias, como mucho tiempo se creyó dando información de que te produce, eso era prevenir a la gente y no pasa por ahí, se sabe que hay muchísima información dando vuelta cada vez más y eso no evita ni te promueve ni te prevé de nada y en realidad hacer prevención hoy apunta a trabajar sobre la persona en el marco de habilidades, fortaleciendo a esa persona en lo que son valores en los adolescentes sobre sus propias características en lo que es la evolución adolescente, en trabajar mucho lo que es la presión de grupo, mucho en la resolución de conflictos, mucho lo que es sentimientos, todas esas cuestiones que en el crecimiento pueden ser un ámbito de vulnerabilidad o un factor de riesgo para iniciarse en el consumo de drogas, pero nosotros no hablamos de droga, apuntamos a trabajar, si vos ves lo que trabaja el

material es esto: como expresar mis sentimientos como manejar la rabia, como me veo yo, como me ven los demás, como comunico lo que siento, como definiendo lo que pienso frente a otro, o sea los ejes en adolescentes claramente a trabajar son esos, después en el marco si esto te previene, si le ofrecen droga bueno, pero bueno digamos que la prevención hoy de adicciones apunta a generar un sujeto mucho más favorecido en valores y en sus propias habilidades para enfrentar situaciones de crisis, dificultades, o propias crisis internas, donde esté medianamente más sanas y que la droga no se instale como una alternativa para enfrentar alguna situación, digamos ese es como el modelo desde donde se piensa la prevención, estamos hablando de un programa en una población de niños y partimos de la base que nunca consumieron, entonces el mensaje claramente tiene que ser no consumas, no consumas, hoy no consumiste, la vida es difícil te pueden pasar mil cosas, estas creciendo, pero entendé que no necesitas una droga para enfrentar la vida.

M: Ustedes hablan o no de droga, como se operacionaliza esto, una persona que está más fortalecida tiene más herramientas para resolver una situación de conflicto?

E: yo digo que no hablamos de droga pensando que no basamos el programa en explicar cada droga y lo que te produce y como se consume. En 5° año tenes 10 talleres de los cuales hablas de dos, hablas de alcohol desde el principio y se le va agregando marihuana, a los 11 alcohol y marihuana, en el 5 6 7° se habla de cocaína, pero a ver en todas las clases es una que se habla de sustancias, en proporción, entre 10 y 12 que tiene cada uno de los cuadernillos tendrás uno o tendrás dos, pero se le da la información si se forma al docente en el tema, por ahí al docente se le da un poco más, pero no es el eje del programa informar sobre drogas, es hablar de esas cosas que producen que alguien se inicie en el consumo, lo hablamos desde ese lugar y con los chicos además se trabaja todo lo que es el espíritu crítico frente a los medios de comunicación, muchas veces en el mundo del consumo hay consumo, como te quieren vender el tener en lugar del ser y entonces cuando más tenes mas sos, va más a la persona, que es el modelo de habilidades, fortalecer a la persona. Este modelo es el Botwin, hay varios, toman la base en bodwi y desde ahí se fue como remixando y adaptando, pero la mayoría hoy de los programas de prevención tienen esa mirada, a trabajar la persona, la comunicación, la familia, el núcleo familiar y la comunicación, a correrse un poco de lo que es puntualmente el tema drogas

M: ustedes trabajan siempre con políticas universales para gente que no consume.

E: sí. A ver, el programa de jóvenes, es un programa que apunta a trabajar con líderes naturales emergentes del ámbito comunitario, referentes claves, para formarlos en herramientas para que puedan ellos desarrollar programas de prevención, ahí vos por la franja etaria no vas a estar trabajando con un consumidor, pero si con un experimentador, porque hoy la mayoría de los jóvenes en algún punto pueden haber experimentado aunque sea con alcohol, es parte de la realidad de nuestros jóvenes, entonces ahí a lo que se apunta es: se da información, se trabaja con el mismo esquema, no se deja de dar, pero frente a una realidad distinta, se parte de lo que es un diagnostico participativo donde se generan estrategias a partir de la base donde la mayoría diríamos ya uno da como presupuesto que pueda haber algún nivel de experimentación con algún tipo de sustancia, entonces ahí a lo que se apunta no es a que no consuman sino a que si lo están haciendo que dejen de hacerlo, que encuentren alguna alternativa más sana de diversión, porque el tema que hoy tenes además con el consumo de sustancias, sobre

todo con el tema del alcohol, es que el alcohol hoy es parte del ritual de iniciación, de diversión, mas allá de lo que te genera el alcohol como consumo, la diversión tiene que estar mediatizada por el alcohol, el grupo no se junta a tomar un mate se junta a tomar una cerveza y no pasa a veces por la sustancia pero pasa porque es parte el tema de compartir la botella, el balde, hay un montón de cosas que hacen a una cuestión de pertenencia, de grupo de identidad, que va más allá de las características de la sustancia, pero el alcohol entró ahí y es muy difícil pelear con eso, o correr el alcohol y poner otra cosa, mas allá de los temas que atraviesan a los adolescentes y a los jóvenes. Yo tengo que pensar que en el tema de consumo hay diferentes realidades, diferentes poblaciones y diferentes grupos y su relación con el consumo es también distinto, hay grupos de adolescentes, de adultos que por distintas situaciones económicas sociales y demás que tienen un nivel de consumo diferente, lo que pasa que yo como política pública y si yo hago un mensaje masivo, intenta decir, eso no tiene que ver que va a ser una campaña de prevención, pero vos en un mensaje masivo tenes que tener claro un mensaje abstencionista porque es la política pública, porque yo tengo que promover la salud de la gente, yo no puedo en una plaza, donde puede haber chicos que consumen como chicos que no consumen, dar un mensaje donde yo te diga, si vas a cortar la droga, cortala con agua esterilizada, no compartir agujas, eso es un mensaje que claramente puedes manejar con un grupo específico que esté atravesado por un ritual que consume, entonces yo claramente puedo dar un mensaje de ese tipo, pero a nivel masivo no y a veces es como una delgada línea a la hora de pensar los mensajes y a la población a la que va dirigida y también tiene que ver con los distintos tipos de sustancias, los distintos tipos de consumo, lo aclaro, porque por ahí se discuten los modelos, pero todos los modelos son válidos y está bien que estén todos, pero hay que tener muy claro cuando se da el mensaje a quien va, nosotros acá tenemos con el tema de prevención y el tema de tratamientos, tenemos becas, no tenemos centros de tratamientos propios, una red de comunidades terapéuticas que convenían y se financia el tratamiento de la persona y en el marco de eso se trabaja mucho con las madres del paco, a esos chicos que no tienen acceso al tratamiento, se les da una beca para hacerlo. Tenemos pacientes judiciales, a todos se les hace el tratamiento, pero esos chicos están atravesados por realidades que son totalmente distintas unos de otros y en el marco de eso, ASISTENCIA tiene un grupo de familiares para aquellos familiares que tienen un integrante que consume y no quiere hacer el tratamiento como pasa en la mayoría de los casos y que la familia no sabe cómo hacer para motivarlo, entonces hay un grupo que va trabajando para ver si pueden ir fortaleciendo eso. Me acuerdo que una vez para el día de la primavera vino una madre horrorizada que le habían repartido un folleto para prevenir el consumo de drogas y que atrás decía, no consumas y si lo haces fijate esto esto y esto y decía: como le enseñan a los chicos esto y por ahí esta es la percepción de la gente, cuando uno da un mensaje que por ahí no es el más adecuado al ámbito o al lugar donde se dé, porque cuando vos estas con una población que no consume, capaz vos lo motivas y ésta es una sociedad que no es de avanzada, hay muchas cosas en el medio que a veces termina siendo más contraproducente si la lectura que se hace de esos mensajes no es el objetivo de ese folleto, me imagino que habrá sido el objetivo de ese folleto eso, generar esa reacción en la gente, por ahí hay buenas intenciones pero a veces no se piensan los mensajes de acuerdo a la población que vas, sino en función de lo que uno quiere transmitir y capaz no es lo más acorde y hay cosas que no se tienen en cuenta.

M: ¿Ustedes no trabajan desde esa línea de reducción de riesgo?

Los programas de reducción de daños o de riesgo, que también hay una diferencia, entre riesgo y daño, nosotros hacemos programas de reducción de riesgo en el sentido de, por

ej., no es que apoyamos si vas a consumir con el tema básicamente del alcohol, si vas a tomar alcohol y tenes que manejar, no manejes bajo efectos del alcohol, fijate que haya otro conductor, ese es un problema de reducción de riesgo, porque claramente lo que vos estas diciendo no es “ no consumas ” más con alcohol, acá hay una línea mas delgada. Con menores, por cuestiones biológicas por ley, se supone que el menor no debe consumir alcohol, entonces como política pública vos no podes hacer una política de consumo moderado, ni siquiera de alcohol en jóvenes, yo no lo puedo hacer, mas allá de que yo sepa que hay consumo de alcohol en jóvenes, pero yo no puedo decir como política pública a un chico de 14 años, consumí, pero consumí poco alcohol, yo debo decir no consumas alcohol, con los menores, esta es una discusión que tenemos nosotros con Quilmes, con todo ese programa de responsabilidad social empresaria. Con el mayor es otra historia, porque vos con el mayor no tenes que tener una política abstencionista de alcohol, es una política de consumo moderado de alcohol, ya que es parte de la vida, y las estrategias también son distintas y más allá que yo tengo que hacer programas de prevención, tengo que tener un mensaje claro más allá que yo después en los programas universales, en el material que nosotros tenemos en la escuela, decimos que los niños de 10 de 12 y 13 años no tienen que consumir alcohol, que después vos tengas una realidad que te dice lo contrario que consumen, que son experimentadores y que vos puedas trabajar con esa población para ver si consumen, dejen de hacerlo o que tengan un programa de reducción de riesgos, está bien, también lo hacemos, pero claramente en la escuela y desde un mensaje de prevención, vos con los niños tenes que tratar de que no consuman alcohol, porque son niños, y porque desde su metabolismo su desarrollo le genera un montón de cuestiones y desde la política pública uno tiene que sostener un mensaje de salud, que es distinto con el tema del mundo adulto, pero esta es una diferencia que a veces tampoco se tiene en cuenta, y dicen: pero si todos los jóvenes consumen, si y tenemos que hacer algo con ellos y desarrollar un programa para evitar los riesgos del consumo asociado y para que si consumen dejen de hacerlo, pero yo de un programa que yo tengo que desarrollar en la escuela claramente tengo que decir que no se consuma alcohol, si se consume, bueno, haremos un programa para reducir riesgos e intentar disminuir que se incremente ese consumo, pero la política tiene que ser clara, como política pública.

M: En el programa QUIERO SER que es el programa que más tiempo tiene, al que vos le pones más confianza aparentemente....

E: Es un programa que es un continuo en sí mismo. Se hace en 4 años, donde vos en cada uno de los años, vas dando sobre los mismos ejes a los chicos, vas desarrollando actividades y se las adaptan a las realidades y se las van complejizando de acuerdo a su crecimiento, como programa es el más integral, es un continuo en sí mismo, mientras que los demás programas son más acotados.

M: EI QUIERO SER, lo diseñaste vos? ¿cómo diseñan programas?

No ese programa. Te cuento como fue la historia. En el 94 hubo una reunión CICAD – OEA, que Argentina presidió y un grupo de expertos, hizo los lineamientos de prevención educativa, que es un librito de prevención escolar para los países del hemisferio. En ese libro se recomiendan modelos de programas: el de Leones, el del Botwin, el de habilidades, son como una lista. En el marco de eso, se buscó cooperación con otros países. Nosotros no teníamos nada. Chile, a través, de la CONACE tenía un continuo educativo con programas desde el pre- escolar hasta el secundario. El QUIERO SER era

parte de ese programa. Nosotros vimos cual era el rango más vulnerable y se trajo el QUIERO SER, que es un programa de origen chileno. Que en realidad es español, Chile lo trae de España. Lo trae y lo adapta. Nosotros lo traemos, lo adaptamos y lo validamos en Jujuy y en Santa Cruz. Durante el 2004 y el 2005 se hizo el piloto para validarlo, hicimos focus grup con los docentes, le incorporamos actividades, más lúdicas y a partir de allí lo empezamos a desarrollar. Le vamos haciendo adaptaciones. Lo evaluamos, también le pedimos a los docentes que nos hagan recomendaciones y le vamos incorporando cosas.

M ¿Lo implementan los docentes de cada zona?

Nosotros lo que hacemos es capacitar. Hacemos un convenio con cada ministerio de provincia, cada ministerio determina con que número de escuelas quiere trabajar, y empezamos. Capacitamos a los docentes y el docente lo lleva adelante.

M y la evaluación?

Hacemos una de proceso y una de monitoreo. Eso lo hacemos a través de encuentros con los docentes y de planillas. Y lo que estamos haciendo ahora es sistematizando la información de los 4 años, en una base de datos y pedir que alguien nos evalúe de afuera, no hacerlo nosotros. Este convenio con Flacso es para eso. Se ha elegido una escuela por región y están yendo ellos a entrevistarse con los docentes, con los chicos

M: En los programas de jóvenes el diseño es distinto?, es universal?

Se trabaja a nivel nacional vía los cofedros. La gestión es la misma para todos los programas, lo que cambia son los contenidos, y la dinámica de trabajo porque la población es distinta. En el tema de juventud...., en el tema de municipios para el ámbito comunitario también se trabaja así. Lo que pasa con este programa es que hay muchos municipios, cada vez hay más... en este caso trabajamos con el municipio con la idea de que cada municipio forme un equipo para trabajar este tema dentro de su propia estructura. Que el municipio genere esto como política pública, donde el municipio genere una mesa de gestión, donde participen todos los actores y donde haya un compromiso formal de cada municipio donde el tema de la prevención de drogas esté instaurado y permanente. Porque en el tema de prevención el trabajo tiene que ser sistemático y sostenido en el tiempo, sino no sirve. Vos puedes hacer el mejor programa de prevención pero si lo haces 6 meses y lo cortas no sirve. Porque la prevención tiene que generar conciencia, compromiso, corresponsabilidad y eso solo se logra si vos lo tenés claramente diferenciado, identificado en un espacio formal y además sostenido en el tiempo. Sino tenés que empezar de nuevo. Por eso le pedimos a los intendentes que nombre tres o cuatro profesionales, se arme una mesa de gestión para hacer un diagnostico situacional del consumo de drogas en esa región, un relevamiento de recursos, - porque muchas veces no saben que los tienen - empezar a construir una red y que ellos vayan construyendo un programa de prevención que sea efectivo en esa comunidad, porque hay temas de la comunidad, cada una tiene su propia historia, su realidad, su idiosincrasia... sino no sirve. Nosotros vamos acompañando y para los municipios grandes -que necesitan más recursos - hay una línea de financiamiento que viene del banco mundial que durante un año les den apoyo financiero, además del técnico, para que incorporen este modelo de trabajo con el compromiso del municipio para que lo sostenga. En los chicos, damos más capacitación, recurso humano, damos materiales, no podemos dar financiamiento.

M ¿vos hace diagnóstico cuando van a los lugares?

A nivel de diagnóstico tenés el Observatorio, que

M yo lo que he visto es que la investigación va por un lado y que no se une con la prevención... por eso te pregunto, ¿Cómo hacen el diagnóstico de situación ustedes?

El Observatorio hace un diagnóstico más macro, hace un paneo provincial y de capitales, no hace un diagnóstico tan fino. Nosotros participamos en el diagnóstico local, que pasa en esa comunidad. Participamos del diagnóstico que hace la propia comunidad y asesoramos en estrategias que son las más recomendables, o que creemos más pertinente hacer. Porque la realidad es que los municipios llegan a la demanda de forma distinta. Generalmente, te dicen, acá no pasa, acá nadie consume, con una negación, hasta que hay un hecho emblemático, se mató un chico, entonces ahí muy sacudidos empiezan a preguntarse qué pasó. Lo importante es que ellos se hagan cargo.

M estoy de acuerdo... pero cuando la gente llama, digo llaman a los que saben, esperan a que vos vayas con algo, eso pregunto

Llaman a partir de ahí va un equipo al lugar, se reúnen con quienes demandaron y a partir de ahí este equipo solicita que les hagan una reunión con fulano, mengano y sultano y construimos con ellos. A partir de ello se dan instrumentos diagnósticos... nosotros le damos la metodología de trabajo, pero que ellos forman parte de ellos. También queremos romper con esa visión que vienen de nación, entonces vos vas, no.. ellos tienen que construirlo también. Este es un tema que se pone siempre afuera, es parte de comprometerse. Sino nos pasa que nos pide ¿vengan a dar una charla en el teatro del pueblo?, vos vas das un paneo general, hablas sobre la prevención, está todo bien, pero eso hay que bajarlo... eso es no hacerse cargo sino.

El tema drogas es un tema – que yo he traducido a lo largo del tiempo – como mucho miedo, y de este miedo se originan mecanismos diferentes... esto no va a pasar, negación o este es un problema del otro y no mio, es de la policía, del intendente, de la escuela, como que es un tema del otro. No todos tienen que asumirlo. Más en las comunidades, que tenés la potencialidad de formar una red real, conoces al intendente, al médico, pero al mismo tiempo tenés una gran negación.

M ¿ustedes dependen de presidencia?, ¿Cómo articulan con otros efectores que hacen prevención, por ejemplo: la dirección mental de adicciones, o el censareso? ¿cómo articulan?, porque vos decís política pública.... Pero hay un montón...

Si, no está bien... en salud hay una interministerial, que se juntan... en salud está más vinculado al tema asistencial, más ahora con el tema de salud mental. Están con la modificación de la ley y con la articulación con los ministerios provinciales para la aplicación de la ley... o sea que están con una dimensión más amplia que el tema drogas. Se funciona como una interministerial, cada uno sabe lo que está haciendo el otro, más allá que a la hora de hacerlo cada uno lo hace por separado. En mi caso, en el tema de educación, que el Ministerio de Educación generó un área de prevención escolar, tiene otro nombre, prevención de drogas para el ámbito educativo, ellos están trabajando en lo que es formación docente y ellos saben lo que hacemos nosotros, invitamos a Irene Facone, que coordina ese programa a un Cofedro nuestro, desde ese lugar hay

comunicación, pero cuesta en lo concreto hacer acciones juntos, pero creo que nos complementamos..

M: O sea que para vos hay una mirada consensuada de lo que es una política en prevención

Mira... creo que hay objetivos comunes, creo que no hacemos todos lo mismo y que se está creciendo.... Y que hace unos años atrás (5 años) nos encontramos con que había vacío... no había un área de drogas en salud, no había un área de drogas en educación ... me parece que es un avance importante que se hayan generado estos espacios, porque es una forma de darse cuenta de la importancia del tema... y después es un proceso nuestro ir cada vez coordinando un poco mejor. Pero como política pública que se estén generando en los ministerios áreas es empezar a poner el tema en la agenda de los ministerios lo cual no es poca cosa. Sino era como la SEDRONAR era drogas y en realidad me parece fantástico que Salud esté poniendo el tema drogas como una prioridad y también en educación. Nos juntamos con Silione, con Filmus a contarles lo que hacíamos, pero educación no tenía un área. Empezar a construir estos espacios es importante. Pero haber, nosotros somos un país federal y cada provincia es soberana, nosotros no podemos imponer una política e imponer este modelo, por eso nosotros lo consensuamos con cada ministerio. La política pública también significa este consenso y construir entre todos, porque muchas veces desde nación se planifica algo y después vos vas a la provincia y te dicen, no esto no. Yo te digo, si vos me decis ¿qué cuesta más?, es esa gestión, haber que logres la firma del ministro de cada provincia, generalmente avalada con el gobernador... la idea es que el programa quede dentro de la escuela, es generar recursos. La idea es que se sostenga, por eso el cofedro, por eso las alianzas en cada provincia, y en eso somos cuidados, porque cada provincia es distinta, las realidades políticas, las culturales, las diferencias geográficas, no es lo mismo abordar este tema en Jujuy el tema del coqueo, donde tenes una cuestión cultural, ancestral, que forma parte de un ritual, tenés que adaptar, y bueno esta es una construcción en serio. De consolidar algo y que sirva. En el tema de prevención, no sirve si no le llega al chico, a la persona, uno tiene que desde lo macro pensar y optimizar que algo sea para cada persona. Es un gran desafío, porque esto tiene que servir a cada niño, para evitar el día de mañana consumir.... A mi no me sirve, si tengo 80.000 escuelas, 25.000 docentes capacitados, ¿y?... si eso al chico no le sirve, no le evita y no le mejora la calidad de vida y no le genera más recursos..

M: ¿vos podrías decir que el programa....evita

Estamos evaluándolo para eso... pero no para evitar el consumo, sino....Esto es otro tema, las variables por las cuales se genera el indicador de nivel de consumo son muchísimas, si yo digo que con un programa de prevención digo que mi objetivo es reducir el consumo, es como muy..... utópico, es poco serio te diría. Yo te diría que ese programa, integrado a otras cosas.... Porque si entramos en esta cosa que todo el mundo dice, el problema es multisectorial, es un problema multifacético, ahora a la hora de hacernos cargo.... De la misma forma que tenés claro que a nivel de diagnóstico las variables que inciden y que generan el tema del consumo son muchas, a la hora de generar una respuesta tenes que generar una articulación amplia, porque hay realidades que son... yo no puedo estar manejando la oferta por un lado, el dealer, son muchas las variables a la hora de poder medir o no medir y si tu programa o no tu programa está evitando el inicio, lo que yo si digo es que mi programa tiene por objetivo generar niños con más habilidades, o sea fortalecer a los niños en más habilidades sociales para evitar

el inicio del consumo de drogas...ese es el objetivo que yo quiero evaluar del programa, y estamos evaluando el programa para eso... si yo a un niño que lo tengo bajo 4 años de programa en el marco de habilidades sociales lo tengo más fortalecido y a través de eso sí, de esa variable, yo me hago cargo de esa parte, evitar el día de mañana el inicio de consumo de drogas. Ahora un programa no te evita el inicio del consumo de drogas... las variables son múltiples así como las respuestas de por que una persona se inicia en el consumo son varios

M: Pero ustedes piensan que tener más habilidades sociales sería...

Si es un factor protector frente al inicio del consumo de drogas. Porque hay un estudio que dice claramente que dentro de los factores de riesgo, la presión de grupo en el adolescente es uno de los factores de mayor riesgo para iniciarse en el consumo, donde el niño por ayy no tiene en principio su inquietud.... pero ...por esto que hablábamos al principio, por pertenecer ... porque el propio grupo, si no seas boludo como no vas a consumir, y en el marco de habilidades se trabaja mucho la presión de grupo y la resolución del conflictos. Entonces si a un niño uno lo fortalece en este tipo de habilidades está claramente previniendo el inicio en el consumo de drogas, porque uno de los motivos de inicio más significativos, en determinada franja etaria, que es la que trabaja el programa, es la presión de grupo, entonces sí... La verdad que ojalá hubiera un programa que uno supiera que sí así no evita el consumo, pero igual nosotros hacemos un cruce con las estadísticas nacionales y estamos viendo que en las provincias en las que empezó el QUIERO Ser antes ha habido un amesetamiento en el inicio de edad del consumo, porque esto también tiene que ver, porque la encuesta de escolares se hace sobre población secundaria... y el programa es fuerte a nivel primario, porque si vos tenes que prevenir, tenes que actuar antes... la edad de inicio está en los 14...+ o menos y el programa termina... **M y debe terminar a los 12**, no termina ahí, de 10 a 14... en realidad toma el primer año. La última encuesta surgió algo interesante, disminuye a los 14, se incrementa a los 15, hay un pico a los 15 entonces lo que se podría hipotetizar que un niño que desarrolló el programa durante 4 años puede retrasar la edad de inicio frente a los mismos factores de riesgo.... Porque antes el pico de inicio se daba a los 14, ahora se ameseta y lo da a los 15.

M: y eso ustedes lo tienen chequeado... eso está en el Observatorio..

Si en el de escolares, es más hay un comparativo que se hizo y en ese comparativo a lo largo del tiempo salta esto... y ese inicio a los 14, cruzando las provincias que instalaron el programa, se amesetó, después hay un pico a los 15 después vuelve a bajar.

M si, como que es un punto de dificultad....., porque los estudios dicen que hubo un aumento del consumo de drogas, no se

Si

M primero cómo definirías vos el consumo de drogas..... y como evalúas el consumo de sustancias en argentina hoy

Haber, si vos me decís que droga me preocupa.. y no lo digo yo, lo dicen todos, el ministerio de salud, educación, es el tema de alcohol y en el medio de esto está la tolerancia social frente al alcohol. El desafío que tenemos es como trabajar la percepción de riesgo del consumo de alcohol en los adolescentes cuando vos lo tenes identificado

con un ritual de iniciación atravesando todos los espacios recreativos. Entonces vos tenes como dos realidades diferentes, como le digo yo a un adolescente que no tiene que consumir alcohol, cuando sus fiestas, sus amistades, está mediatizado por el alcohol... entonces desde que lugar digo esto y como trabajas esto. Pero hay algo que, nos estamos rompiendo el cerebro de cómo hacerlo, y es el mundo adulto.... Hay un estudio que se hizo, tiene unos años, de la percepción del riesgo del consumo de alcohol en los adolescentes, que se empieza a hablar de la previa, el rol del adulto, que le compra la bebida, que le deja las llaves y se va a la mierda, como el adulto termina no teniendo un mensaje claro frente al alcohol, hoy un padre comparte cerveza con su hijo de 14 años y no es así. Después nos quejamos...., pero ¿Cuál es el rol adulto?

M: ¿Por qué trabajar con jóvenes entonces?, si vos tenes claramente identificado esto?, uno podría pensar por que hacer tanta prevención para jóvenes, jóvenes... No se pregunto

Yo tengo un tema muy crítico sobre el mundo adulto, muy crítico

M: No se piensan programas de prevención para los adultos, se piensa para lo joven, o por lo menos hay una tendencia

Y porque aparte es como más fácil... todo está puesto allí, el factor de riesgo es "ser adolescente", ya por ser adolescente sos un riesgo con patas, claro y atrás de esto.... te digo que a mi me da.... Si vos ves las publicidades.... el mundo adulto se está corriendo de muchísimas funciones, muchísimas y no solo frene a esto, después tenemos los adolescentes que tenemos, pero no veamos a los adolescentes como un extraterrestre, la cultura genera un perfil del adolescente, nos tenemos que hacer cargo de esto, nos han pasado situación.... Y eso que esta es una secretaria que no tiene contacto directo, pero haber, intentamos hacer algunas acciones en la Costa. Ahora 15 pendejos de 16 años que se van todos solos a veranear y a la noche todo se descontrola, vino la policía. ¿pero vos dejás que tu hijo se vaya con otros 15 chicos sin nadie adulto?, después nos quejamos.... Y en este sentido se ve muchas situaciones donde claramente el adulto... vos podés trabajar desde la escuela, pero este es un tema familiar. Pero este es un tema en que siempre se delega... y yo creo que hoy estamos dando mensajes muy confusos desde el mundo adulto frente al consumo de drogas. Y termina el adolescente siendo el personaje a observar, cuando en realidad es el emergente de las contradicciones del mundo adulto. ¿Consumir te hace bien, o te hace mal?. Te hace mal, vos no podés decir que el consumo te hace bien. Si vos querés consumir en tu casa está fantástico, pero yo no puedo salir a decir que el consumo te hace bien, sea legal o ilegal. Atrás de eso está el uso de psicofármacos. Lo que se está viendo en la mujer... profesional, docente, lo que fuere. Hay mucha resistencia en las poblaciones que tienen que ser promotores de salud.. el tema de la ritalina en la primaria es terrible, donde el docente le da la pastillita al nene en el aula. Ahí atrás hay una construcción de un montón de cuestiones, del rol docente, de que si el nene no toma la pastillita no está bien

M: No te parece que hay una medicalización de problemas de otro orden...?

De todo... los pediatras.... pero abris una puerta, las madres también se pasan el dato, en el medio de esto el docente. Un niño en el que le estás construyendo un registro... es muy complicado, además en el ámbito educativo. Esto termina, con que la docente le habla al pediatra y le dice como está el nene... esto está en un trabajo del observatorio, que lo hizo Cecilia Erizaga... ella hizo focus group con las madres.

Por eso te digo, que las variables son tantas... los chicos que, mas alla de consumir alcohol, se llevan las pastillas del botiquín doméstico y las mezclan con alcohol. También el mundo adulto está muy medicalizado, y esto los niños ven. Se está generando una cultura frente al conflicto, a la crisis, una pastillita. En el medio los adolescente.... Con sus propios problemas.

M: que piensas sobre la modificación de la ley 23 737 en relación con la prevención?

Es que no afecta en prevención creo.... Por lo que yo se. Yo parto de la base que es un horror el trato del tema, la liviandad con la que se trasmite... esta es una ley penal. Que para mí tiene que estar discutida en el ámbito que corresponde. Por un lado, se está discutiendo cambiar de fuero, por otro la liviandad con la que se está discutiendo porque se vende legalizar... hay que modificar en el ámbito que corresponde.

Por otro lado, la ley no especifica drogas, y si haces una modificación le cabe a todas las drogas, porque la ley no especifica el tipo. Habrá que ponerse con un experto a especificar dosis, no es lo mismo marihuana que cocaína, no se, no se. Me parece que es una discusión que abría que darla, me parece que no es un tema simple y después que...La otra trampa que vos tenes, es que despenalizas la tenencia pero no legaliza las sustancias, es como que esto se ha montado sobre marihuana, pero la ley es para todas las drogas. Si despenalizás el consumo personal sobre marihuana, pero no legalizas la venta, estás generando una contradicción en la propia ley... me parece que se dice de forma simplista vamos a modificar, pero creo que hay que hacer una discusión en serio, si hay que modificar hagámoslo, pero con gente que sabe, yo no lo se, porque estas abriendo un campo... entonces después tenes lo titulares que dicen, legalizamos la marihuana y todos los pibes fumando porro en Palermo, me parece que es un trato muy simplista de un tema que... que se yo. Las experiencias que tienen otros países no ha sido muy buena, pero también son otras culturas, que se yo.... No se que decirte.. pero hoy por hoy como esta tratado yo no estoy de acuerdo en el sentido de la simpleza de algunas cosas. Habrá que analizarlo, y además los que opinan al respecto me parece bastante complicado. Mexico ha reglamentado por dosis, bueno entonces hablemos en serio y lo que implica la modificación y modifiquemos todo lo que abria que modificar. Pero la ley de drogas no es para la marihuana, es para todas las drogas, pero lo primero seria salir a decir cual sería la dosis para consumo personal

M: quería saber... para alguien que trabaja en prevención, yo quiero una mirada desde ese lugar, no una mirada jurídica

En función de esto está muy mal tratado, mal tratado y además está confuso. La verdad que es un mensaje de miércoles, porque si yo estoy diciendo que no hay que consumir desde prevención.... Y si además hay un área desde el propio sector gubernamental **M: hay como una tensión de discursos**, si además vos tenes un sector que dice "droga libre, yo no digo que se diga eso se traduce, llamalo medios, lo que fuere que dice legalicemos... es patético, yo que me dedico al tema de prevención, no es bueno al contrario, porque hay un mal manejo de la información, del tema... y la verdad que lo que yo hago es que no se consuma, y la verdad que no está bueno. Desde lo que hablamos, desde la política pública, desde un mensaje, de cuidar la salud pública. Eso es complejo, y después la realidad de la depenalización es sacar del fuero penal y ponerla en el civil, a mí desde prevención eso no me afecta, porque nadie puede decir... porque la prevención: evitar que cualquier niño consuma drogas, no hay ley que diga que eso esta mal, no afecta directamente. Lo que si afecta es un mal manejo de un tema que se titula desde otro lugar y que en la gente genera un imaginario distinto. La discusión de la

despenalización debería darse en el plano legislativo con la gente que sabe y sabe bien de esto y por otro lado plantear bueno... pasará al fuero civil. Nosotros acá, viste que damos becas, la gente viene por el fuero civil y por el de menores... no es de las causas federales mayoritariamente. Es más del fuero civil, para protección de si y de terceros, para mí es más complejo, por lo menos para, mí la nueva ley de salud mental, hay que tener cuidado con eso. Pero cuando este tema está mal tratado con simpleza, y el titular es "se legaliza la marihuana", digo para alguien que hace prevención eso no es bueno... no es bueno para la sociedad ese tipo de mensaje, porque además tengo clarísimo que no es tampoco lo que se quiere con la reforma de la ley, me imagino **M: y no...**, no sé, se supone que no **M: desmarcar al que consumo y acercarlo al sistema de salud...** claro pero cuando eso se traduce droga libre .. **M: pero esa es la traducción, no la modificación, vos me estás ubicando el problema en la difusión de una información...** y en cómo se trata el tema y por ahí a veces y como uno lo transmite... es como que vos me digas que un medico que no es oncólogo hable de un tema oncológico, porque a veces, por buena fe, no se transmite exactamente, ser más cuidadoso en esto, y esto se traduce un otra cosa, y lo que vos tenes, es que los pibes dicen, ahora podemos fumar, en un reportaje que les hicieron. No es ese el tema... habrá que poner dosis, sino entramos en un terreno muy complicado, como se diferencia consumo persona y simple, aparte con la realidad de nuestro país..., viste...

M: ustedes, no se ahora, pero en una época hacían campañas masivas, que pensas de esto?

En realidad las campañas.... Cuando uno en el marco de una planificación de acciones, y de un trabajo permanente , da una acción especifica o fortalece una determinada área o época del año es válido, si se hace solo eso no sirve. Nosotros apuntamos a trabajar todo el año en terreno a través de los programas, y eso que se ve como una campaña, es un mensaje con mayor visibilidad institucional y en realidad lo que apuntamos, más allá del mensaje, es sí difundir el 0800. Es el insumo, el recurso más real que le podemos dar a la gente. En verano, en la Costa, la idea es poner el tema, es dejar el 0800, no pensamos prevenir con eso, sino tratar de fortalecer la imagen institucional...Y en realidad, desde hace unos años todo lo que es comunicación va por la Secretaria de Comunicación, y al ser este un órgano que depende de presidencia, tiene que pasar por la secretaria de medios. No los contenidos, sino de que eso salga. Al 0800 en general llaman familiares que sospechan consumo y quieren asesoramiento. Y damos una guía de recursos por zona.

M; vos trabajas sola?

Yo soy la directora de prevención, tengo 15 personas conmigo, hay psicólogos, lic, en medios, psicopedagogos, asistentes sociales.

2do archivo

M: desde cuando estas en la Secretaría:

En secretaria desde el 2001. Antes estaba en provincia de buenos Aires.

M: por que prevención?

Porque empecé por asistencia. Por la parte más dura. Cuando se ve el consumo ya instalado, el deterioro, lo difícil que resulta recuperarse del tema de las drogas, después de mucho tiempo de escuchar relatos... dije lo único que queda es la prevención... Es muy difícil trabajar con adictos, muy difícil. Evidentemente algo hay que hacer antes.

El adicto nunca se cura, no hay cura. No hay recuperación. Quizás es más fácil verlo en el alcohólico. Porque vos trabajas con una estructura dependiente y vas a tener una tendencia de volver al consumo. Es más hoy se sabe que las recaídas son parte del tratamiento. Es como que vos toda tu vida estás en un permanente estado de recuperación.

Y te digo, el tema de las sustancias, cuando yo empecé el paco no existía. Hoy del paco no hay retorno, los chicos quedan zombies, no se recuperan. Hay destrucción física, cognitiva, familiar, cada vez hay drogas más de diseño. Yo rezo para que no entre la heroína, la heroína te jaquea cualquier sistema sanitario.

Con el paco, los chicos no tienen futuro, no tienen vida. Su vida solo tiene sentido para consumir, te genera como una especie de anomia, frente a todo. No tienen proyectos, es matar o morir. Pero es una generación que no tiene margen. En sí la problemática es complicada y si además con determinados contextos, determinados tipos de consumo. En paralelo dispositivos que hacen lo que pueden, tendríamos que tener mejor complejidad, el tema de la co- morbilidad. El deterioro que generan las drogas en físico y cognitivo y con patologías que son coexistentes con el tema de la adicción.

No hay especialización, no hay formación de posgrado en este tema.

Y siempre estamos atrás del problema... el tema de los precursores químicos... no es lo mismo el adicto de hoy que el de otros tiempos.

e son bueno...."la droga es un problema mundial solo podés resolverlo" vos, ese que creo que fue del verano pasado...ese fue lo máximo...pero me parece que sigue habiendo una apelación muy fuerte a la cuestión más micro, en buena parte, no digo que en todo, pero en buena parte de las estrategias de prevención se sigue responsabilizando, culpabilizando a las familias y reduciendo la cuestión a la buena o mala comunicación dentro de la familia..."mire señora si usted habla con su hijo está todo bien...quédese tranquila", me parece que sigue habiendo mucho de eso...que uno podría llamar...en términos de los modelos clásicos el modelo psico-social más naif y después combinado con esta otra cosa que va en la línea de ..."denunciemos a los que venden, haber dónde están en el barrio" esto sería otra dirección. Y por otra parte, lo que sigue faltando es algo...llamémosles, una política, un programa más marco en materia preventiva