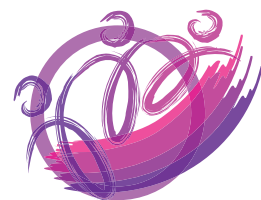


# MUNICIPIOS EN ACCION

MATERIAL DE APOYO

## Hacia un Plan Municipal Sobre Adicciones



**SEPADIC**

Secretaría de Coordinación en Prevención  
y Asistencia de las Adicciones

Hacia un Plan Municipal  
**Sobre Adicciones**

# AUTORIDADES

GOBERNADOR

**Cr. Juan SCHIARETTI**

VICEGOBERNADOR

**D. Héctor CAMPANA**

MINISTERIO DE GOBIERNO

**Sr. Ministro D. Carlos Alberto CASERIO**

SECRETARIA DE COORDINACIÓN EN  
PREVENCIÓN Y ASISTENCIA DE LAS ADICCIONES

**Secretario Lic. Juan Carlos MANSILLA**

**Subsecretaria Dra. Elena DOMÍNGUEZ**

# INDICE

## CAPITULO 1

<b>1. Introducción</b>	<b>Pág 17</b>
1.a. Patrones de consumo	24
1. b. Factores de riesgo y de protección.	26
<b>2. Modos de abordaje</b>	<b>Pág 29</b>
2.a. Prevención	29
2.b. Asistencia	32
2.b.1. Reducción de daños	34
<b>3. Diagnóstico participativo</b>	<b>Pág 35</b>
3.a. Quiénes hacen el diagnóstico	37
3.b. Instrumentos	37
3.c. Pasos para la elaboración del diagnóstico	38
3.c.1. Evaluación preliminar	38
3.c.1.a. Relevando datos	38
3.c.1.b. Fuentes de información a considerar	39
3.c.2. Identificación del problema principal	39
3.c.3. Elaboración de conclusiones y selección de alternativas de intervención	40

## CAPITULO 2

<b>1. Comunidad y Prevención</b>	<b>Pág 43</b>
1.a. Algunas puntualizaciones para la prevención comunitaria	46
<b>2. Redes</b>	<b>Pág 47</b>
2.a. Cualidades necesarias para una red comunitaria	48
2.b. Características de las redes comunitarias	48
2.c. Tipos de redes	50
2.d. Algunos procesos psicosociales que obstaculizan o desvirtúan el proceso de las redes comunitarias	52
2.e. Procesos psicosociales que potencian las redes comunitarias	53
2.f. Redes y prevención comunitaria	54
2.g. Pasos para generar trabajo en red para la prevención del consumo de drogas	54
2.h. El fortalecimiento de las redes	55

<b>3. Culturas Juveniles</b>	<b>Pág 56</b>
3.a. Los jóvenes en las campañas preventivas	57
3.b. El concepto de culturas juveniles	58
3.c. Culturas juveniles y generación	61
3.d. Culturas juveniles y clase social	62
3.e. Culturas juveniles y territorio	63
3.f. Culturas juveniles y estilo	63

#### CAPITULO 3

<b>1. Ámbito Educativo</b>	<b>Pág 69</b>
1.a. Fundamentos de la prevención en el ámbito educativo	69
1.b. La escuela como ámbito de intervención	72
1.c. Pasos en la elaboración de una política preventiva	74
1.d. Estrategias de abordaje desde la Escuela Media	75
1.d.1. Proyecto educativo y proyecto curricular	78
1.d.2. La formación del profesorado	79
1.d.3. Orientación y acción tutorial	80
1.d.4. El trabajo con las familias de los estudiantes	82
1.d.5. Prevención entre pares	82
1.d.6. Protocolos de intervención	84

#### CAPITULO 4

<b>1. Atención Primaria de Salud y consumo de drogas</b>	<b>Pág 89</b>
1.a. Posibilidades y alcance de las acciones de los profesionales de Atención Primaria	91
1.a.1. En la detección del consumo	94
1.a.2. En prevención	
<b>2. Entrevista de orientación</b>	<b>Pág 96</b>
2.a. Entrevista Motivacional	98
2.a.1. ¿Qué es la motivación?	98
2.a.2. ¿Qué es la Entrevista Motivacional (EM)?	99
2.a.3. El entrevistador en el modelo de entrevista motivacional	99
2.a.4. Algunas herramientas para la entrevista motivacional	99
2.a.5. Modelo Transteorico de Cambio.	100

<b>3. Abordaje familiar</b>	<b>Pág 102</b>
<b>4. Diagnóstico por consumo de sustancias</b>	<b>Pág 104</b>
4.a. Dependencia de sustancias	104
4.b. Abuso de sustancias	105
4.c. Intoxicación por sustancias	106
<b>5. Emergencias Toxicológicas</b>	<b>Pág 106</b>
5.a. Evaluación clínica	108
5.b. Evaluación toxicológica	108
5.c. Tratamientos específicos por sustancias	111

#### CAPITULO 5

<b>1. Política publica</b>	<b>Pág 121</b>
1.a. Concepto	121
1.b. Diagnostico	122
<b>2. El proceso de las políticas públicas.</b>	<b>Pág 123</b>
<b>3. La política publica en adicciones como política social</b>	<b>Pág 125</b>
<b>4. La importancia del capital social</b>	<b>Pág 125</b>
4. a. El trabajo en red como capital social de una comunidad	126
4.b. La participación social como esencia	127
<b>5. Planes municipales</b>	<b>Pág 129</b>
5.a. Elementos para su elaboración	129
5.a.1. ¿Por qué un Plan Municipal?	129
5.a.2. Planificación: su concepto	130
5.a.3. Plan, programa y proyecto de trabajo	130
5.a.4. Los elementos	131
5.b. La estructura del plan	131
5.b.1 Estructura básica en la construcción de planes	134
5.c. Marco normativo actual en materia de adicciones en Argentina	135

GLOSARIO	<b>Pág 141</b>
----------	----------------

BIBLIOGRAFIA	<b>Pág 151</b>
--------------	----------------

# Presentación

Los Municipios ocupan hoy un lugar central entre las instituciones desde donde se debe dar respuestas efectivas al problema del consumo de drogas legales e ilegales, por la sencilla razón de que, municipios y comunas son las instancias gubernamentales que mas cerca se encuentran de los ciudadanos y sus problemas cotidianos.

Según el Art.180 de nuestra Constitución Provincial, se considera que el Municipio cuenta con autonomía política, administrativa, económica, financiera e institucional, y se lo reconoce como independiente de todo otro poder en el ejercicio de sus atribuciones.

Debido a esto, uno de los Programas Ejes que impulsamos desde SEPADIC al momento de iniciar la gestión fue el Programa MUNICIPIOS EN ACCION, entendiendo que solo en una fuerte alianza Provincia-Municipios-Comunas se puede proveer la base de una seria Política Pública en el tema de las Adicciones.

Un relevamiento de opinión inicial a todos los Municipios de Córdoba nos mostró que mas allá de la clara preocupación existente entre los líderes políticos y sociales de los municipios y comunas respecto al consumo de drogas, había una fuerte convicción de la necesidad de que sus Recursos Humanos en Salud, Educación, y Desarrollo Social adquieran capacitación técnica para sostener y/o dar nuevas respuestas al problema del consumo de drogas.

Si bien hay varios municipios que ya tienen una larga historia de trabajo en el tema consumo de drogas, en la gran mayoría esto aparece solo como una necesidad a cubrir. No obstante, unos y otros reconocen la necesidad de capacitar a sus técnicos, actualizarlos, y vincularlos con otros que llevan adelante el mismo trabajo.

Por ello, el primer paso del Programa MUNICIPIOS EN ACCION no es otro que el de compartir con los responsables políticos y técnicos de cada región, una mirada común respecto al tema del consumo de sustancias, a fin de unificar criterios, y de esta manera sentar las bases para el reconocimiento y armado de una red social fortalecida en lo conceptual, y nivelada en sus prácticas respecto a este problema.

Este material aquí presentado, es fruto de un profundo trabajo de la Dirección de Capacitación de SEPADIC, y resume conceptos básicos que queremos socializar entre todos los técnicos de la Provincia de Córdoba que poco a poco se van involucrando en el objetivo de construir una respuesta coherente al problema de las adicciones dentro del Programa MUNICIPIOS EN ACCIÓN.

Lo que viene después de esto, será trabajar para que los líderes políticos y sociales de los Municipios y Comunas reconozcan en los técnicos capacitados un papel clave y trascendental: el de construir respuestas básicas ante el consumo de drogas, sostenerlas en el tiempo, y articularlas con el Plan Provincial sobre Adicciones ya formulado desde SEPADIC.

Nuestro esfuerzo está orientado aquí, a que en cada Municipio y Comuna Cordobesa, también se elabore un Plan Municipal (o Comunal) sobre Adicciones, que organice y oriente los esfuerzos de la comunidad en este tema.

Sabemos que el problema del consumo de drogas está en nuestra sociedad para quedarse. Lo es así desde tiempo antiguos. Por ello, el trabajo debe responder también con fuerza a este desafío, y debe generarse para quedarse y permanecer.

El formato de “Plan” sobre adicciones nos da justamente esa posibilidad. La de contar con un instrumento organizador de acciones, que nos permite evaluarlas en el tiempo a fin de corregirlas y mejorarlas.

Recurso Humano capacitado, y Plan Sobre Adicciones diseñado, son las mejores bases desde las que se pueden edificar propuestas de solución al problema de las adicciones que la ciudadanía espera con ansias escuchar, y de la que necesita urgentemente disponer para mejorar su calidad de vida.

Trabajemos hacia eso. Juntos Podemos.

Julio 2010

**Lic. Juan Carlos Mansilla**  
Secretario SEPADIC

# Capítulo 1

**MUNICIPIOS**  

---

**EN ACCION**



## 1. Introducción

El consumo de drogas, que hoy se presenta como problemático desde muchos puntos de vista a nivel global y local, no siempre lo fue.

Si bien hoy está relacionado al proceso de salud y enfermedad, históricamente el uso de drogas ha estado relacionado a diferentes culturas, que ligaban su uso a una gran variedad de significados. En distintas comunidades, las sustancias con efecto psicotrópico (que modifican el estado de conciencia) se usaban en la práctica de la medicina natural, en rituales religiosos y sociales, depositando en este uso, un significado simbólico cultural, que está lejos de los consumos compulsivos que hoy encontramos, porque estaba regulado desde la pauta cultural compartida, respetada como tal.

Las drogas no tienen un significado propio, sino en relación a la cultura en la que sus consumos se instauran. Hoy asistimos y contribuimos a crear una cultura que propone e incentiva el consumo como valor, no solo el de drogas, sino el de todo tipo de productos. Así entendido, el consumir nos define, nos aporta identidad, y nos incluye en la cultura.

La propuesta de una sociedad consumista, en la que todos podamos tener acceso a bienes materiales y servicios que proporcionarían bienestar, tiene los beneficios de la inclusión, pero también presenta como contracara, la posibilidad de que algunos consumos y algunos modos en que éste “bienestar” se presenta, comiencen a ser nocivos.

**¿Qué pasa cuando el consumo de drogas, comienza a afectar nuestros vínculos, nuestra actividad, nuestro proyecto de vida?**

**¿Qué pasa con el significado culturalmente atribuido al consumo de drogas?**

No todas las drogas tienen la misma connotación. Las drogas “legales” (alcohol, tabaco, psicofármacos) por estar permitidas por la ley, tienen una mayor tolerancia social, está naturalizado su uso y por tanto, hay una baja percepción del riesgo que

pueden generar. Así, es posible que no asociemos su consumo con un eventual problema de salud sobreviniente. Sin embargo, hoy estas sustancias generan más problemas sanitarios, que las drogas ilegales.

La diferenciación entre lo permitido y lo prohibido está relacionado al momento social, a factores económicos y culturales. Lamentablemente, esto no nos da datos acerca de lo peligrosa que puede ser una droga utilizada indebidamente. El estatus de legalidad no la exime de la nocividad que conlleva su abuso.

### ¿De qué hablamos entonces?

Hemos hablado de “DROGA” y de la connotación cultural en la que se inscribe el fenómeno del consumo de drogas:

- Desde qué lugar podemos considerar el problema.
- Qué se entiende por droga

Hay diferentes lecturas que se pueden hacer respecto de los problemas asociados al consumo de drogas:

1. Un modo posible de considerarlo, es hacer eje en la consideración de la legalidad o ilegalidad de las drogas, y abordar el problema “sacando las drogas de circulación” a través de leyes que sancionen el cultivo, la producción, la distribución, la venta, la posesión y su consumo.

Al mismo tiempo, desde esta lectura de la problemática, se piensa que la prevención deberá consistir en proporcionar información sobre los efectos dañinos que genera el consumo de sustancias psicoactivas, y sobre las sanciones que implica toda actividad ilegal en torno a ellas.

Desde este modelo<sup>1</sup> la droga es percibida en sí misma como el agente peligroso, generador del consumo, y al consumidor como un receptor pasivo que sufre las consecuencias adversas de tal consumo. El objetivo es pues, desde esta perspectiva, sacar a las sustancias del mercado.

Como vemos, esta postura pone el acento en la droga y en su ilegalidad.

2. Desde una perspectiva médico sanitaria (que no necesariamente la sostienen

los médicos y el sector salud), se puede leer la situación de un modo similar al que presentan las enfermedades infecciosas. Las drogas entonces, son agentes causantes de la dependencia, y quienes las usan deben ser tratados como en el caso de cualquier otra enfermedad orgánica.

El sujeto, desde este modelo, se sigue considerando pasivo y el énfasis está puesto en la sustancia, pero sin la distinción entre legalidad e ilegalidad. Los planes de prevención consistirán entonces, en dar información acerca de los riesgos de iniciarse en el uso de ciertas sustancias y el daño personal y social que provoca el hecho de depender de ellas.

3. Otro modo posible de considerar el tema, es desde un enfoque psicosocial. Desde allí la complejidad del fenómeno se plantea incorporando otros elementos: se tiene en cuenta el significado que el sujeto atribuye al consumo, y cual es la función que cumple en su vida (tranquiliza, ofrece evasión, etc.).

Aquí la mirada está centrada en el sujeto y por tanto, se asume que no todos los consumidores son iguales ni se comportan de la misma manera. Modalidades de consumo, cantidad, frecuencia, son diferentes en cada uno, y aún, en una misma persona según sea la situación de su consumo. La lectura se amplía al contexto familiar, social y comunitario en el que este consumo se manifiesta. La propuesta preventiva está dirigida a reducir la demanda de drogas de la población, con intervenciones con los sujetos en cada uno de estos contextos a través de programas socio-educativos.

4. Desde un modelo socio-cultural, no se pone el acento en las características de las sustancias, ni en la situación del sujeto que consume drogas, sino que se insiste en poner mayor atención en las condiciones económicas, sociales y ambientales de las personas, y en las implicancias que tales condiciones pueden tener en la determinación del sujeto frente al consumo de drogas, y a la conducta asumida por su entorno.

En este sentido, el enfoque preventivo del consumo problemático de drogas, tiene que ver con modificar las condiciones de vida que generan una situación favorable al consumo.

5. Existe también el llamado modelo Geo-político, que incluye el estudio de los factores geográficos, históricos, sociales, culturales, económicos y de niveles de vida

<sup>1</sup> Nowlis, Helen. *La verdad sobre la droga*. UNESCO, 1975.

que pueden intervenir en el inicio, desarrollo, mantenimiento y declinación de la producción, tráfico y consumo de drogas lícitas e ilícitas, a los fines de implementar adecuadas estrategias preventivas y de control.

	MODELO ETICO JURIDICO	MODELO MEDICO SANITARIO	MODELO PSICO SOCIAL	MODELO SOCIO CULTURAL	MODELO GEO POLITICO
ENFOQUE	Legalidad de las sustancias. La drogas como agentes activos peligrosos.	El consumo de drogas como enfermedad. Las drogas como sujeto activo en la generación de dependencia.	Es importante el sentido que el sujeto le da a la relación que se establece con las drogas.	Las condiciones socio culturales, económicas y ambientales de las personas condicionan los consumos de drogas.	Los factores "macro" condicionan el inicio, desarrollo, mantenimiento y declinación de la producción, tráfico y consumo de drogas.
LÍNEA DE PREVENCIÓN PROPUESTA	Reducir la disponibilidad de las drogas en el mercado con la sanción de leyes y la información sobre los efectos y sanciones a quienes consumen.	Informar a las personas acerca del daño que produce al individuo y a la sociedad el consumo de drogas.	Programas educativos	Modificar las condiciones de vida de las personas.	Modificar factores de macroeconomía, en relación a cuestiones culturales y geográficas, para implementar estrategias de prevención y control.

Cada una de estas perspectivas o modelos presentados, plantean diferentes interacciones entre estos tres elementos: sujeto, contexto y sustancia.

Tenemos que tener en cuenta que la sola existencia de estas **sustancias** no genera el problema, sino que hay que considerar el interjuego entre ésta, la persona o **sujeto** que consume y el **contexto** social y cultural en que este consumo se realiza.

Si bien el abordaje del problema es diferente en cada una de estas posturas, todas ellas admiten que para que haya "consumo compulsivo" es preciso:

- Un determinado contexto sociocultural
- La sustancia
- Un sujeto con cierta vulnerabilidad

Hay múltiples motivaciones por las cuales un individuo puede usar drogas, pero siempre está presente la búsqueda de compensar lo desagradable, lo displacentero, y lograr los efectos deseados. En este sentido, se da una importante y permanente conjunción entre el riesgo y el placer.

Sobre la base del modelo epidemiológico que examina la tríada "huésped, agente, medio", Hugo Miguez<sup>2</sup> plantea tres puntos de riesgo como condicionantes del uso de drogas: "propensión individual, disponibilidad y tolerancia social".

#### SUJETO - PROPENSIÓN INDIVIDUAL

La propensión individual "es la inclinación que tiene una persona por una práctica determinada, la cual puede incidir en la decisión que finalmente se adopte". Aquí se contempla tanto el aspecto biológico como el psicológico. Es imprescindible tener en cuenta ambos aspectos al evaluar el consumo de drogas:

- **Sexo:** existen diferencias biológicas que dan lugar a manifestaciones distintas de los efectos de las sustancias en hombres y mujeres.
- **Edad:** los primeros contactos con drogas (tanto legales como ilegales) suelen producirse a lo largo de la segunda década de la vida. El riesgo de desarrollar abuso o dependencia hacia una sustancia es mayor cuanto más precoz sea el contacto con ella.
- **Pauta de consumo:** son los hábitos y prácticas de consumo de drogas, que pueden ir consolidándose en la medida en que se incrementa la frecuencia de dicho consumo, desarrollando así, tolerancia (necesidad de incrementar la dosis para conseguir los mismos efectos) hacia la sustancia de consumo.
- **Concurrencia de patología:** son los hábitos y prácticas de consumo de drogas, que pueden ir consolidándose en la medida en que se incrementa la frecuencia de dicho consumo, desarrollando así, tolerancia (necesidad de incrementar la dosis para conseguir los mismos efectos) hacia la sustancia de consumo.

Se denomina patología dual (comorbilidad psiquiátrica) a la concurrencia en el mismo paciente de una enfermedad mental grave con tendencia a la cronicidad (trastornos psicóticos y afectivos) con un trastorno por abuso y/o dependencia de alcohol u otras drogas.

<sup>2</sup> Miguez, Hugo. *Uso de sustancias psicoactivas. Investigación social y prevención comunitaria.* Editorial Paidós. *Tramas Sociales*

## CONTEXTO - ENTORNO

El fenómeno del consumo de drogas debe entenderse como un fenómeno dinámico que está en permanente cambio.

Si pensamos en el contexto o el entorno inmediato del individuo, habrá que valorar qué factores familiares predisponen al consumo y cuales ofrecen protección; cómo influyen los espacios como la escuela, el grupo de pares, el entorno laboral, recreativo, donde la persona se relaciona e interactúa.

También hay que pensar en los patrones generales de la cultura que a veces ofrecen situaciones de riesgo frente al consumo de drogas, desarrollando al respecto, cierta tolerancia.

En general, los miembros de una sociedad adquieren, con el tiempo, formas similares de enfrentar una situación, que se transforman en patrones de respuesta "aceptables" para dicha situación, generando, con el transcurrir del tiempo, "tolerancia social"<sup>3</sup> hacia ciertos fenómenos o situaciones.

Así, en el terreno del consumo de drogas, "La tolerancia social está dada por el modo de relacionarse con las drogas, algunas formas se consideran "aceptables" en determinadas circunstancias<sup>4</sup>, y quienes incurren en el consumo, no son objeto de sanción social, ni legal."

Esto se refleja en el modo en que la comunidad y sus instituciones van percibiendo el fenómeno del consumo, y en el modo en que se van estableciendo pautas para ello, lo que con el tiempo se traduce en una conducta socialmente aceptada, tolerada.

Como consecuencia de ello, comienza a verse el uso de drogas como algo natural, y como un recurso para afrontar situaciones que son problemáticas.

## SUSTANCIAS - DISPONIBILIDAD

Entendemos por droga, "toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas"<sup>5</sup>.

Al considerar las drogas como sustancias potencialmente nocivas, no solo tenemos que hacer mención a sus efectos, sino al riesgo que representa su presencia y disponibilidad en el mercado y de todo lo que se ofrece en términos de conocimientos, recursos e instrumentos para su uso.

<sup>3</sup> Op. Cit.

<sup>4</sup> Op. Cit.

<sup>5</sup> Organización Mundial de la Salud (OMS)

Ya hemos hecho referencia anteriormente a la influencia que tiene en la disponibilidad de una sustancia, lo que la sociedad y la cultura definen como aceptable en términos de consumo de drogas.

Así, la legalidad respecto de la producción, comercialización y distribución de ciertas drogas facilita su obtención. En nuestro país, son **drogas legales** el alcohol, el tabaco y los medicamentos, y por serlo, están más disponibles.

Las **drogas ilegales** son todas aquellas cuya producción, comercialización y distribución están prohibidas, lo cual las hace menos accesibles, al menos en circuitos de comercialización abierta. Esta clandestinidad nos presenta otro problema: la falta de controles sanitarios sobre la sustancia, de modo que la adulteración con el agregado de otros elementos nocivos, representa un riesgo adicional para la salud, que también se debe tener en cuenta.

Otro criterio para clasificar a las drogas se centra en su origen, distinguiendo así:

	NATURALES	SEMI SINTÉTICAS	SINTÉTICAS
DESCRIPCIÓN	Sus componentes activos, derivan de la naturaleza.	Son obtenidas de la síntesis parcial de sustancias naturales a las que se le agregan otros componentes en el laboratorio.	Se obtiene a partir de la síntesis de sustancias químicas, no naturales, intentando imitar los efectos de las naturales.
EJEMPLOS	Marihuana (aunque actualmente su cultivo ya contiene elementos químicos artificiales), hongos, etc.	Morfina, heroína cocaína, etc.	Anfetaminas, éxtasis, etc.

También la clasificación puede hacerse considerando los efectos de las sustancias sobre el sistema Nervioso Central (SNC):

	ESTIMULANTES	DEPRESORAS	PERTURBADORAS
DESCRIPCIÓN DEL EFECTO	<p>Aceleran o exacerbaban las reacciones mentales, aceleran el pensamiento y la actividad motriz, producen sensación de euforia.</p>	<p>Inhiben o retardan las conductas, las reacciones y en general las respuestas cerebrales.</p>	<p>Alteran la percepción de los estímulos sensoriales, pudiendo producir alucinaciones. Alteran además, la percepción del tiempo.</p>
EJEMPLOS	<p>Cocaína, anfetaminas, cafeína, nicotina.</p>	<p>Alcohol, benzodiazepinas, opiáceos, marihuana.</p>	<p>Marihuana, LSD, éxtasis, ketamina.</p>

Las drogas pueden alcanzar el sistema nervioso central tras haber sido administradas por vía:

1. Oral
2. Inyectada (intramuscular o intravenosa)
3. Intranasal (esnifada,
4. Pulmonar (fumada o inhalada)
5. Transmucosa

La intensidad y rapidez con que aparecen los efectos, están relacionadas con la vía de administración que se elija para efectivizar el consumo.

### 1.a. Patrones de consumo

Cada persona es única, con su propia carga genética, su historia de vida, y un contexto familiar y social determinado. Son todas estas circunstancias las que influ-

yen acercando o no, a una persona a consumir drogas. Asimismo, cuando hay consumo, la droga de elección, la cantidad y la frecuencia con que éste se da, varía de una persona a otra.

Es importante distinguir entre varias relaciones posibles que una persona puede establecer con las drogas. No todo consumo de drogas, representa una adicción.

#### Uso:

En este caso, el consumo puede ser ocasional o experimental. En general no se evidencian consecuencias nocivas para el individuo ni para su entorno. Se trata de un uso no problemático de sustancias, es decir que por la frecuencia, cantidad o la situación biológica, psicológica y social que presenta la persona, este consumo no genera problemas.

Sin embargo, un único episodio de consumo excesivo, puede resultar nocivo.

#### Abuso:

Éste se da cuando el uso de sustancias se hace habitual, y la persona comienza a experimentar problemas relacionados con el consumo de drogas en sí mismo y en su entorno. Se incrementa la frecuencia y las cantidades consumidas de sustancia, se dificulta el cumplimiento de las obligaciones, y se generan conflictos interpersonales y sociales.

#### Dependencia:

La relación que se establece con el consumo de drogas pasa a ser más importante que otras actividades de la vida cotidiana. Así, conseguir la sustancia, consumirla, experimentar sus efectos y reponerse de ello, se convierte en una pauta de comportamiento permanente.

El comportamiento en torno al consumo de drogas es compulsivo: el individuo no puede dejar de consumir a pesar de los efectos adversos. La dependencia (llamada también adicción) así instalada puede ser psíquica y/o física:

La dependencia física, se asocia al fenómeno de la **tolerancia**, que refiere a la adaptación del organismo a la presencia de una determinada sustancia, de modo que el suministro reiterado de la misma dosis, produce cada vez menos efecto, o bien, cada vez se necesitan dosis más altas de las sustancias para generar el efecto deseado.

Cuando se disminuye o abandona el consumo de la droga a la que se está habituado, el organismo experimenta una serie de síntomas desagradables (que varían según la sustancia que se consumía), que se conocen como **síndrome de abstinencia**. Esta **dependencia física** se puede superar después de un adecuado proceso de desintoxicación.

El consumo de drogas puede generar **dependencia psíquica**, que se manifiesta como la compulsión a consumir la droga periódicamente, para lograr ciertos estados emocionales o bien, evitar otros.

#### La adicción a las drogas implica:

- Un estado de intoxicación crónica y periódica originada por el consumo repetido de una droga, natural o sintética.
- Una compulsión a continuar consumiendo por cualquier medio.
- Una tendencia al aumento de la dosis.
- Una dependencia psíquica y generalmente física de los efectos.
- Consecuencias perjudiciales para el individuo y la sociedad.
- Deterioro significativo de todas las actividades del sujeto.

### 1.b. Factores de Riesgo y de Protección

Los factores de protección refieren a la existencia de situaciones que, en términos generales, pueden alejar del consumo de drogas a una persona, si bien no son garantía, contribuyen a la posibilidad de que una persona opte por no consumir drogas.

Entendemos por factor de protección, “un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas”.<sup>6</sup>

Cuando hablamos de factores de riesgo, hacemos referencia a situaciones probables, y a conductas que acercan y favorecen el consumo de drogas.

Se entiende por factor de riesgo “un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento)”.<sup>7</sup>

<sup>6</sup> (Clayton, 1992, p. 16). Citado en Becoña Iglesias, E. *Bases Científicas de la Prevención de las Drogodependencias*, Madrid, 2002.

<sup>7</sup> (Clayton, 1992, p. 15). Citado en Becoña Iglesias, E. *Bases Científicas de la Prevención de las Drogodependencias*, Madrid, 2002.

### Los factores de riesgo y de protección

- No pueden considerarse de manera aislada y estática, sino que están, en permanente interacción y son dinámicos, de manera que pueden modificarse.
- En ningún caso se constituyen en causas del consumo de drogas, solo son situaciones que lo favorecen o no. Recordemos que el consumo problemático de drogas se desarrolla a partir de una multiplicidad de factores y causas.
  - Algunos factores van presentando variaciones según la situación evolutiva del sujeto, otros son eventuales, mientras que algunos son relativamente estables o estructurales.
  - Hay que considerarlos en un sentido histórico y contextualizado. Si bien, se los señala como factores, ellos se inscriben en procesos, que se van generando con el tiempo, los cuales podrán ser protectores o destructivos: “Cuando un proceso se torna beneficioso, se convierte en un favorecedor de las defensas y, soporta y estimula una direccionalidad favorable a la vida humana, individual y/o colectiva, y en ese caso lo llamamos proceso protector o benéfico; mientras que cuando ese proceso se torna un elemento destructivo, provoca privación o deterioro de la vida humana individual o colectiva, lo llamamos proceso destructivo”.<sup>8</sup>

A continuación resumimos algunos factores de riesgo y de protección de orden individual, familiar, y comunitarios, considerados por varios autores.

INDIVIDUALES	
FACTORES DE PROTECCION	FACTORES DE RIESGO
Solidaridad y compromiso social	Sistema de valores poco claros
Concepto positivo de sí mismo Adecuada autoestima Interiorización de límites y normas Responsabilidad	Individualismo - Irresponsabilidad - Falta de autonomía - Escasa o nula interiorización de normas y límites - Impulsividad
Desarrollo de habilidades sociales	Problemas de salud mental - Conflictos personales
Red socio-afectiva disponible	Aislamiento social
El rendimiento escolar exitoso y apego a la escuela	Problemas de conducta
Inclusión en sistemas sociales, laborales y/o educativos	Tendencia a obtener gratificaciones inmediatas
Afrontamiento de los problemas personales	Asociación con pares que consumen drogas
Planificación del futuro	Consumo temprano de drogas

<sup>8</sup> Breilh, Jaime *Epidemiología Crítica. Ciencia Emancipadora e Interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2003. Colección Salud Colectiva

## FAMILIARES

FACTORES DE PROTECCION	FACTORES DE RIESGO
Claridad en los valores que sostienen y transmiten.	Actitud favorable de la familia frente al consumo de drogas.
Ambiente afectuoso, de comunicación y contención.	Consumo de drogas en el contexto familiar.
Límites y normas claras.	Normas y límites difusos o inexistentes.
Roles y jerarquías diferenciadas.	Perdida de roles y autoridad.
Supervisión adecuada a la edad de los hijos e hijas.	Sobreprotección.
Aceptación y estímulo al desarrollo de los hijos.	Descuido de los hijos e hijas.
Adaptación a las necesidades de crecimiento de los hijos e hijas.	Falta de reconocimiento y aceptación de los hijos e hijas.
Espacios de ocio compartidos.	Ausencia de afectividad y de comunicación.

## COMUNITARIOS E INSTITUCIONALES

FACTORES DE PROTECCION	FACTORES DE RIESGO
Organización barrial y comunitaria.	Desorganización comunitaria
Sistema de apoyo externo positivo	Transiciones y movilidad
Trabajo conjunto para el desarrollo de un ambiente comunitario protegido y favorecedor	Leyes y normas favorables al uso de drogas
Apego al vecindario	Escasez de alternativas de formación
Oportunidad de implicarse en la comunidad y refuerzo de esas conductas	Pocas oportunidades de inclusión social
Lugares propicios para la participación en actividades comunitarias y recreativas	Falta de opciones para el ocio y el tiempo libre
Escasa accesibilidad de drogas	Disponibilidad percibida de drogas
Representación social negativa del consumo de sustancia. Poca tolerancia social al consumo de sustancias	Abordaje inadecuado del tema, por parte de los medios de comunicación social
Percepción del riesgo de consumo de drogas	Baja percepción del riesgo de consumo de drogas
Adecuadas campañas preventivas	Problemáticas sociales y económicas

## 2. Modos de Abordaje

Si tomamos en cuenta que la relación que se puede establecer con las drogas, y que el tipo de consumo de drogas no tiene una sola modalidad, sino que son varias posibles; tendremos que pensar en que los modos de abordaje también son diversos, según la realidad que pretendemos abordar. Así podremos plantear una intervención desde la PREVENCIÓN, o bien desde la ASISTENCIA.

## 2.a. Prevención

Entendemos que prevención del consumo de drogas es “el conjunto de esfuerzos que una comunidad pone en marcha para reducir de forma razonable la probabilidad de que en su seno aparezcan problemas relacionados con los consumos de drogas”<sup>9</sup>

Este concepto plantea la prevención del consumo de drogas desde una perspectiva amplia. En este sentido, nos llama la atención sobre las intervenciones que realizarían varios sectores involucrados en este proceso, a la vez que sugiere la identificación de factores de riesgo y de protección que pueden influir en la aparición de los problemas vinculados al consumo.

Otra definición posible en la misma línea, es la que plantea Martín. E.<sup>10</sup> Para este autor la prevención es definida como “un proceso activo de implementación de iniciativas tendientes a modificar y mejorar la formación integral y la calidad de vida de los individuos, fomentando el autocontrol individual y la resistencia colectiva ante la oferta de drogas”.

Lo que se busca al prevenir es:

- Modificar situaciones de contexto individual, familiar y comunitario proponiendo estilos de vida saludables,
- Retrasar la edad de inicio en el consumo,
- Limitar la cantidad y la frecuencia de dichos consumos,
- Intervenir evitando la transición del uso, al abuso y a la dependencia,
- Disminuir los daños relacionados al consumo de drogas, los factores de riesgo y potenciar los factores de protección presentes en la población.

<sup>9</sup> Comas Arnau, Domingo. Niveles, ámbitos y modalidades para la prevención del uso problemático de drogas. VII Conferencia Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas. Viña del Mar (Chile). Marzo de 1.999

<sup>10</sup> MARTÍN, E. (1995). “De los objetivos de la prevención a la “prevención por objetivos”. Citado en Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid, 2002.

### Podemos diferenciar tres niveles de prevención:

**Prevención primaria:** plantea una intervención antes que las personas comiencen a consumir drogas, y se propone disminuir el número de individuos que se inician en este consumo.

**Prevención secundaria:** las acciones en este sentido se dirigen a quienes que se han iniciado ya en el consumo de drogas. Se busca reducir el consumo perjudicial o problemático a través de una intervención asistencial oportuna.

**Prevención terciaria:** hace referencia a las intervenciones realizadas para evitar que se agraven situaciones de consumos problemáticos instaurados, y para atenuar las consecuencias o daños asociados a dichos consumos.

En relación a la **prevención primaria** de consumo de drogas, es necesario hacer una particular referencia a la **promoción de salud**, que consiste en “en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”.<sup>11</sup> Es un proceso político y social que apunta al fortalecimiento de las capacidades y habilidades individuales, y a la modificación de condicionantes sociales, ambientales y económicas, como contribución a la salud individual y pública.

Se trata de estimular el desarrollo de la salud de la población, a través de:

- **La elaboración de una política pública sana.** La promoción de la salud debe implicar el compromiso de quienes definen las políticas públicas en diversos sectores (sanitarios, legales, fiscales, etc.) para desarrollar programas tendientes al mejoramiento de la salud global, desde una acción coordinada.
- **La creación de ambientes favorables.** La promoción de la salud genera condiciones de trabajo y de vida gratificantes, agradables, seguras y estimulantes. Es preciso atender al modo en que los cambios ambientales afectan a la salud, así como promover el cuidado del ambiente natural y artificial.
- **El reforzamiento de la acción comunitaria.** La promoción de la salud radica en la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud. La fuerza motriz de este proceso proviene del poder real de las comunidades, de la posesión y del control que tengan sobre sus propios empeños y destinos.

<sup>11</sup> Carta de Ottawa para la promoción de la salud. OMS. 1986.

• **El desarrollo de las aptitudes personales.** La promoción de salud fortalece el desarrollo, brindando información, ofreciendo educación sanitaria y promoviendo habilidades para la vida, lo que permite a las comunidades ejercer mayor control sobre su salud y su medio ambiente ya que cuentan con mayores opciones.

• **La reorientación de los servicios sanitarios.** Si bien la promoción de la salud es una tarea de todo/as, los servicios sanitarios deben tener un papel cada vez más importante en ella. Es necesario entonces, dar una nueva orientación a estos servicios para responder mejor a las necesidades culturales de los individuos y para que éstas sean respetadas. Por ello, los servicios sanitarios deberán favorecer la consecución de un sistema de protección para la salud, no solo brindar servicios asistenciales, mejorando además, la comunicación entre los sectores sanitarios, sociales, políticos y económicos.

La promoción de salud tiende a estimular el desarrollo de los factores de protección que las personas tienen desde lo individual, lo familiar, lo social y lo comunitario, como forma de reforzar los recursos que aportan a mejorar las condiciones de vida, y con esto, disminuir los riesgos de consumir drogas y de otras conductas que pudieran resultar problemáticas.

Tenemos que distinguir entre las intervenciones preventivas primarias la denominadas: universal, selectiva e indicada,<sup>12</sup> que refieren a la posibilidad de abordar distintos niveles de riesgo.

La prevención **universal** esta dirigida a una población general, con intervenciones amplias que se orientan a modificar comportamientos duraderos como habilidades sociales, abordaje de valores, resolución de conflictos, etc. La prevención **selectiva** esta dirigida a grupos poblacionales que por diferentes motivos están en riesgo de consumir drogas, mientras que la prevención **indicada** se dirige a una población que, por diversas situaciones individuales, sociales o culturales presenta un alto riesgo. Este ultimo tipo, esta muy cercano a las intervenciones de prevención secundaria dado que llega a una población que puede presentar consumos experimentales ú ocasionales.

Decíamos anteriormente que uno de los objetivos de la prevención de los consumos problemáticos de drogas, es disminuir dichos consumos. En este sentido podemos considerar que tanto al reducción de la oferta de drogas, como la reducción de la respectiva demanda de drogas son necesarias para una tarea preventiva, pero según sea nuestro rol en la comunidad estamos trabajando para una ú otra.

<sup>12</sup> GORDON, R. (1987). «An operational classification of disease prevention». Citado en Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid, 2002.



Las acciones de **reducción de oferta** se dirigen a restringir la circulación y disponibilidad de drogas en el mercado a través de leyes, controles y el desarrollo de políticas en este sentido. La **reducción de la demanda**, se centra en la persona o en grupos, y se propone fortalecer los recursos necesarios para que se rechace el consumo y las personas demanden menos drogas.

Hay muchos ámbitos posibles para intervenir preventivamente: la familia, la escuela, el trabajo, la comunidad, etc.

Cuando trabajamos desde la prevención, podemos tener intervenciones **específicas e inespecíficas**. Las primeras serán aquellas en las que explícita y claramente se persigue el objetivo de reducción de consumo de drogas, mientras que en las intervenciones de prevención inespecífica, si bien el objetivo es el mismo, el destinatario no es conciente de que se está abordando con él las problemáticas relacionadas al consumo de drogas. Este último tipo de intervenciones, se dan en el marco de otras propuestas de desarrollo personal y social, de tal modo que el alcanzar el objetivo de tales propuestas, sea un medio para evitar o reducir el consumo.

## 2.b. Asistencia

Cuando se ha iniciado algún contacto con las drogas, las intervenciones serán desde un nivel secundario de prevención, desde una asistencia que aborde y trate el vínculo establecido entre el sujeto y la sustancia. Para esto se ofrecen distintos tipos de tratamientos según sea la situación planteada.

Las diversas modalidades de tratamiento para abordar la problemática de las adicciones, surgen como un modo de dar respuesta a los distintos perfiles y necesidades de los consultantes.

Es fundamental, para comenzar un proceso terapéutico que nos permita acercarnos a mejores respuestas a las necesidades de los asistidos, que se realice un diagnóstico inicial. Este, no es tan solo un diagnóstico individual, si no también una evaluación del contexto social y familiar de quien inicia un tratamiento.

En el periodo diagnóstico determinaremos:

### 1. Respeto al individuo:

Los recursos internos: capacidad resiliente,<sup>13</sup> autoconcepto, autovaloración sistema de creencias, compulsividad, conductas asertivas,<sup>14</sup> etc.

Determinar la existencia o no de comorbilidad<sup>15</sup> con diagnóstico psiquiátricos, (diagnósticos duales).

### 2. Respeto a la historia de consumo:

Tiempo de inicio en el consumo.

Frecuencia del consumo.

Tipo de sustancia.

Evolución de la historia de consumo.

### 3. Respeto al entorno socio-familiar:

Existencia de redes de contención.

Potencialidades de las redes afectivas.

Nivel de deterioro en los vínculos interpersonales.

Antecedentes de consumo en la familia.

Inserción y sostenimiento de espacio formales (trabajo o estudio).

Este diagnóstico inicial permite tomar decisiones respecto del tratamiento adecuado a la situación del consultante. Cada modalidad de asistencia o tratamiento, ofrece un determinado nivel de contención.

### Algunas de estas modalidades son:

- **Internación:** esta es, sin duda, la modalidad de tratamiento que plantea la mayor contención y acompañamiento del consultante. La de mayor utilidad es la modalidad de Comunidad Terapéutica, aunque es frecuente también, que se realicen internaciones en servicios de adicciones dentro de clínicas psiquiátricas u hospitales.

- **Comunidad de día:** esta es una modalidad de tratamiento de importante contención, los asistidos permanecen desde horas tempranas de la mañana hasta la tarde. Por lo general se indica a consultantes que por su historia de consumo se encuentran excluidos de un espacio formal de responsabilidades, (trabajo o estudio), y también a quienes el contacto permanente con lo cotidiano los expone a situaciones de riesgo de

<sup>13</sup> La resiliencia es la capacidad de recuperarnos y fortalecernos superando situaciones adversas.

<sup>14</sup> Refiere a conductas que expresan lo que sentimos y pensamos desde nuestros derechos, sin descuidar el derecho de los demás.

<sup>15</sup> Comorbilidad refiere a la presentación conjunta en una persona, de una o más enfermedades o trastornos, además de la enfermedad o situación diagnosticada en primer lugar.

consumo. La comunidad de día esta organizada en una estructura que consta de grupos terapéuticos, seminarios psico-educativos, talleres culturales, recreativos ,de aprendizaje de oficios, como así también de actividades que hacen al orden y la convivencia, (actividades de limpieza, alimentación, etc.).

- **Tratamiento ambulatorio:** Esta modalidad de tratamiento es, de todas las descriptas, la que menos contención horaria tiene. Los consultantes asisten a los grupos terapéuticos con mayor o menor frecuencia semanal según en la etapa que se encuentren dentro del proceso terapéutico. Las personas que se derivan a un tratamiento ambulatorio son personas que han podido sostener, a pesar del consumo, su inclusión en actividades formales y que no sería conveniente interrumpir por razones terapéuticas.

Es importante aclarar que las experiencias en el campo de la asistencia demuestran que la modalidad con mayor eficacia es la de los tratamientos grupales. Esto se sostiene, entre otras razones, desde el argumento de la identificación entre pares, la “presión positiva” que los grupos ejercen en sus miembros, y la dinámica de identificación de espejo, que le permite al consultante ver situaciones de difícil reconocimiento en su persona, reflejadas en la conducta de los pares del grupo.

Cabe aclarar que esto no implica que la psicoterapia individual sea un abordaje equivocado, por lo contrario en muchas situaciones es absolutamente oportuno.

Así mismo, por lo general los tratamientos por consumo de sustancias se acompañan de espacios psicoeducativos para los miembros de la red afectiva de consultante, (padres, hermanos amigos, parejas). Estos espacios tienen el objetivo de brindar contención, posibilitar el desarrollo de herramientas para el acompañamiento oportuno del tratamiento, y también favorecer un espacio de reflexión sobre el rol de cada una de las personas y sus implicancias en la historia de consumo.

### 2.b.1 Reducción de daños

Debemos asumir que no todas las personas dejarán de consumir a partir de un tratamiento, o incluso sin él. De modo que es necesario pensar en abordajes que acompañen y traten la reducción de los daños asociados a un consumo sostenido en el tiempo.

Se entiende por reducción de daños a: “una política de prevención de los daños potenciales relacionados con el uso de drogas más que de prevención del uso de drogas en sí mismo”.<sup>16</sup>

Es evidente que el consumo de drogas persiste a pesar del despliegue de diferentes alternativas de prevención puestas en marcha, con lo que también persisten los daños, originados no solo por el consumo, sino por situaciones a las que se resultan expuestos los consumidores (conducción bajo efectos del alcohol, consumo de drogas adulteradas, contagio de enfermedades, consumo de drogas durante el embarazo, etc.), y por las respuestas sociales a dichos consumos (criminalización de los consumidores, falta de acceso a los servicios de salud, marginalidad).

La política de reducción de daños abarca una variedad de estrategias que incluyen información, educación, cambios en la legislación, la asistencia y seguimiento de los consumidores.

Estas estrategias, se posicionan como una posibilidad de acceso a la asistencia o a la información pertinente y adecuada sobre el uso de drogas y otros problemas asociados al consumo, para ciertas poblaciones que por sus características (adolescentes en conflicto con la ley, personas en situación de calle, etc.) o por su participación en ciertas prácticas grupales (festivales de música de jornada extendida, espacios de diversión pos nocturnos, after, etc.) no la tendrían.

### 3. Diagnóstico participativo

Es un proceso que busca describir la realidad sobre la cual se desea intervenir, a fin de cambiarla o transformarla.



En este proceso, las personas de la comunidad y del equipo técnico, recogen y comparten información que permite conocer la situación de la población en general o respecto de algún tema en particular en dicha población. Se identifican las

<sup>16</sup> Cymerman Pablo; Goltzman Paula; Rossi Diana; Sánchez Ariel; Touzé Graciela. La estrategia de reducción de daños como estrategia preventiva

prioridades, las fortalezas y debilidades que poseen para enfrentar sus situaciones, los recursos existentes y se define el o los problemas sobre el que se quiere o se debe actuar.

**Entonces, el diagnóstico nos permite:**

- Identificar los factores protectores con que cuenta la comunidad y los factores de riesgo que pueden influir en sus miembros facilitando la conducta de consumo de drogas.
- Conocer las percepciones que sostiene la comunidad con respecto al consumo de drogas, valores, actitudes, y repercusiones, etc.
- Investigar posibles causas y posibles consecuencias atribuidas a la problemática del consumo de drogas.
- Relevar las fortalezas que tiene la comunidad para hacer frente a la situación, reconociendo las intervenciones realizadas hasta el momento.
- Identificar las debilidades que existen para dar respuesta a la problemática.
- Conocer las necesidades sentidas por la comunidad y sus instituciones, priorizar los problemas detectados.
- Relevar los recursos disponibles (humanos, materiales, financieros, etc.) para hacer frente a la problemática.
- Motivar a la comunidad a participar en el proyecto, informando los resultados obtenidos en el diagnóstico inicial.
- Proponer un plan de acción sobre la temática.

Las intervenciones que se planteen, deben partir de la realidad del consumo de drogas de la zona, de acuerdo a la información disponible, y a las necesidades detectadas a través de las investigaciones, observaciones, consultas, etc, realizadas con la participación de todos. Mientras mas personas, instituciones o grupos participen del diagnóstico, mejor será la información obtenida y además nos permitirá:

- Obtener datos más completos y exactos.
- Responder de mejor forma a los intereses y necesidades de la comunidad que se beneficiará.
- Contar con una mayor motivación y el compromiso de todos para realizar las actividades.

### 3. a. Quiénes hacen el diagnóstico

En la elaboración del diagnóstico, participan los integrantes de la comunidad en general, (vecinos, padres, madres, jóvenes, etc.); los equipos de salud (diferentes disciplinas, diferentes funciones), las personas de distintas instituciones de educación, de gobierno, de la asociación civil, etc. Este aporte diferenciado permite integrar elementos al diagnóstico, enriqueciéndolo con la suma de diferentes perspectivas sobre el mismo tema, lo cual impone la necesidad de compartir, discutir y acordar.

### 3.b. Instrumentos

Los instrumentos usados para hacer el diagnóstico participativo deben facilitar la obtención de información variada en el terreno, por lo cual, es importante incluir aquellos instrumentos que permiten obtener información de carácter cualitativo, es decir, los que permiten describir “la forma en que se dan los procesos en la población y sus percepciones sobre ellos”.<sup>17</sup>

**Entre los instrumentos más usados encontramos:**

- La observación. Este es un instrumento siempre disponible, pero a la hora de pensar en elaborar un diagnóstico, es importante, tener de antemano, una guía o pauta que oriente aquello que vamos a observar, para contribuir a los objetivos de la investigación.
- La entrevista. Se realiza un encuentro con otra persona, en el cual se consulta sobre el tema, con una guía diseñada en función de lo que pretendemos que nos informe el entrevistado. Este es un buen método para conocer en forma directa las percepciones, motivaciones y explicaciones que el entrevistado tiene sobre la temática que se investiga.

<sup>17</sup> Planificación local participativa. Metodologías para la promoción de la salud en América Latina y El Caribe. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Serie Paltex N°41, Washington D.C. 1999.

- La encuesta. Este método de recolección de información es aplicable a un mayor número de personas al mismo tiempo, lo que permite hacer consultas más amplias. Consiste en un conjunto estructurado de preguntas planteadas para conseguir la información que se busca.
- Discusión grupal. Consiste en plantear un tema en un marco grupal, donde se dé un intercambio de opiniones y se pueda hacer un análisis sobre dicho tema, con el aporte de todos los participantes. Se realiza también con una guía diseñada con anticipación.
- Otras técnicas grupales. Existen una gran variedad de técnicas que se pueden utilizar a los fines de relevar información sobre la situación de consumo de drogas en la zona, por ejemplo role playing, sociogramas, etc. Cualquier técnica que se utilice debe estar guiada para la obtención de la información deseada.

### 3.c. Pasos para la elaboración del diagnóstico

#### 3.c.1. Evaluación preliminar

##### 3. c.1.a. Relevando datos

- *Indicadores disponibles:* jóvenes no escolarizados, presencia de personas consumiendo drogas en la calle, etc.
- *Características de la comunidad.*
- *Información que la gente del barrio (zona, institución) tiene acerca de las drogas.*
- *Valores y creencias sobre las drogas.*
- *Actividades de capacitación que han tenido al respecto.*
- *Actividades recreativas en que se participa.*
- *Presencia del microtráfico.*
- *Características de la población.* Edades, niveles de escolaridad o capacitación, situación socioeconómica, niveles de participación, relaciones familiares, ocupación del tiempo libre, etc.
- *Información sobre la oferta y demanda de drogas en la zona.* Percepción social del fenómeno del consumo de drogas, como se visualiza el problema, datos sobre la demanda de drogas.(principales drogas, prevalencia de consumo, grupos de consumidores, denuncias, etc.), datos sobre la oferta (magnitud, vías, canales de venta y distribución, etc.

- *Recursos de la comunidad* que pueden ser destinados a un proyecto de prevención y/o asistencia.
- *La identificación* de la presencia de consumo-problemático de drogas.

#### 3.c.1.b. Fuentes de información a considerar

Información primaria, obtenida a través de:

- Entrevistas con personas clave.
- Encuestas.
- Entrevistas o reuniones con persona involucradas en la problemática del consumo.
- Observaciones en terreno.

Información secundaria

- Información generada con otros objetivos pero que contiene antecedentes sobre la temática del consumo de drogas.
- Estudios en general.

#### 3.c.2. Identificación del problema principal

Un segundo paso consiste en profundizar el conocimiento del o los problemas detectados en la evaluación preliminar, con el objeto de definir el problema principal que vamos a enfrentar.

Algunas preguntas para profundizar el conocimiento del problema:

- **¿A cuántas personas afecta el problema?** Es importante saber con mediana exactitud a cuántas personas afecta el problema.
- **¿Quiénes lo sufren más?** Rara vez un problema afecta a todas las personas de la misma manera.
- **¿En qué momentos se manifiesta? ¿Cuándo es mas grave?** Reconocer el o los momentos en que se manifiesta y cuándo se agudiza.
- **¿Dónde se presenta el problema? ¿Es un problema de un sector / grupo, o es de todos?.** Delimitar espacialmente el problema.

- **¿Qué conflictos se asocian al problema?** Es importante saber que conflictos se asocian al problema del consumo problemático de drogas.

Identificar las **causas** del problema o de los problemas principales, nos permite establecer los **objetivos específicos** que se plantearán para una propuesta de intervención que abordaría la temática, mientras que relevar las **consecuencias** o efectos detectados de este problema, permite enunciar los logros o **resultados esperables** de un proyecto o plan de trabajo.

### 3.c.3. Elaboración de conclusiones y selección de alternativas de intervención

El proceso de ordenamiento, lectura, síntesis y conclusiones sobre los datos obtenidos, se realiza en forma conjunta entre los equipos técnicos, los usuarios de servicios, la comunidad y los diferentes sectores que participaron en el diagnóstico. Esta actividad es clave para que la adecuada interpretación de los datos obtenidos, oriente las alternativas de intervención que se planifiquen.

Es recomendable llevar adelante la socialización de los resultados del diagnóstico con toda la comunidad en una instancia abierta, de amplia convocatoria, para facilitar la percepción de la situación que presenta la localidad sobre el tema. De este modo se promueve la identificación del aporte que la población puede hacer para modificar la situación observada.

Para poder decidir acerca de la mejor o más pertinente alternativa de solución para el problema planteado, es necesario tener en cuenta:

- **Intentos de solución anteriores.** Debemos aprender de las experiencias exitosas y de las fallidas para no cometer los mismos errores, conociendo cuáles fueron los factores o elementos técnicos y operativos que influyeron en cada uno de los casos.
- **Los recursos disponibles.** Analizar la posibilidad y capacidad de realizar una intervención real y efectiva a partir de los recursos humanos, materiales y económicos disponibles.

## Capítulo 2

**MUNICIPIOS**  
**EN ACCION**

## 1. Comunidad y Prevención

El consumo de sustancias no es sólo un problema de salud individual. Al ser una problemática de múltiples causas, las cuestiones sociales que están en juego toman mayor relevancia; por lo cual la intervención que se haga sobre la temática, debe incorporar aquellas cuestiones sociales que la condicionan, influyen y/o determinan.

De esta manera, al concebir este problema como fenómeno social emergente del propio desarrollo de la comunidad, permite comprometer a la población en la búsqueda de soluciones para el mismo. La prevención deja de ser un asunto solo de expertos para habilitar a toda la comunidad en la tarea preventiva, en la búsqueda constante y en la construcción colectiva del conocimiento, así como en la toma conjunta de decisiones.

Al decir de Elisardo Becoña Iglesias, la prevención en su sentido más amplio debiera ser comunitaria. La prevención comunitaria no implica un ámbito de trabajo distinto del escolar, familiar o laboral, ni tiene una base teórica diferente a otro tipo de programa preventivo. Abocarse a la prevención comunitaria será, pues, intervenir en un ámbito especial a fin de tratar de lograr un salto cualitativo en la calidad de vida de la comunidad a partir del fortalecimiento de su propia potencialidad.

Se entiende por comunidad: "Grupo social dinámico, histórica y culturalmente constituido y desarrollado, preexistente a la intervención preventiva, que comparte intereses, objetivos, necesidades y problemas, en un espacio y un tiempo determinados y que genera colectivamente una identidad, así como formas organizativas, desarrollando y empleando recursos para lograr sus fines".(Montero, 2003).

Es decir, "el paradigma comunitario representa una estrategia que busca comprometer a los diferentes grupos que forman la comunidad. Es necesario frenar, así, lo que podemos denominar la rueda de la delegación, todavía existente (que lo haga el policía, que lo haga el maestro, que lo haga... quien sea, pero otro), a partir de la evidencia de que sólo así cabe acometer iniciativas preventivas sólidas". (Pérez et. Ruiz, 1999).

La estrategia tiene como elemento imprescindible: **la participación.**

**La prevención comunitaria en drogodependencias** lo que pretende es prevenir el consumo de drogas en una comunidad concreta poniendo en marcha distintos recursos para lograr este fin. Implica, además, la necesidad de identificar y potenciar los distintos factores que influyen en el desarrollo de la vida en comunidad y, especialmente, los mecanismos que fortalecen su autocuidado.

Se busca reforzar los mensajes y normas de la comunidad que preservan la salud y mejoran la calidad de vida, de la misma (Plan Nacional sobre Drogas, 2000). Supone poner en marcha distintos recursos y medios comunitarios y, con ello, la participación y movilización de distintas instituciones, organizaciones, grupos y personas de la comunidad.

Cuanto más participen, siempre que haya un adecuado nivel de coordinación, más fácil será conseguir el objetivo preventivo.

La prevención comunitaria apunta a trabajar **“con la comunidad”** y no “para la comunidad”. Esta es la única vía para generar resultados efectivos garantizando la duración en el tiempo; al promover agentes preventores que podrán multiplicar las acciones replicando (reproduciendo) los programas a largo plazo o bien creando otros frente a la necesidad.

Esta participación activa de la comunidad debe estar estrechamente articulada con la gestión local municipal en la que se debe apoyar.

**“...La prevención deja de ser una intervención fragmentaria (familiar, escolar, laboral, etc.) para constituirse en un todo unitario que incorpora a su desarrollo las posibilidades de trabajo de estos diversos ámbitos”.** (Sanz, Livina et al, 2000).

Hacer prevención desde una perspectiva comunitaria tiene claras ventajas, así como se puede incidir en más factores de riesgo en distintos niveles, se puede conseguir una mejor consistencia en los mensajes, una mejor difusión al disponer de más canales, etc. (Pentz, 1999). Por ello, la acción preventiva debe ser desarrollada como un conjunto articulado de acciones, bajo la forma de un plan o programa sistemático de actividades, en la cual se incorporan los distintos componentes del problema, como una acción integral. No son eficaces las acciones aisladas y las actividades de prevención deben formar parte de un programa más amplio de trabajo.

En el siguiente cuadro se pueden observar los cambios introducidos por el enfoque propuesto:

ENFOQUE TRADICIONAL	NUEVO ENFOQUE
Hacer algo por o para la comunidad	Hacer algo con la comunidad
El conocimiento que existe y prevalece es el del experto	Se reconoce, revalorizan y promueven los saberes de la comunidad
Poder otorgado a organizaciones civiles	El poder reside en la comunidad y sus organizaciones naturales
El liderazgo es externo, basado en la autoridad, cargo y título del funcionario o experto	El liderazgo proviene de la comunidad fundamentado en sus necesidades y sus proyectos
Los proyectos son diseñados en las organizaciones y ejecutados en la comunidad	Cualquier intervención es discutida, acordada y planificada en y con la comunidad.
El proceso de toma de decisiones se realiza fronteras afuera de la comunidad	La toma de decisiones se efectúa fronteras adentro de la comunidad

Como ya hemos visto, la premisa fundamental de todo trabajo comunitario es conseguir que la comunidad se involucre y participe, los programas comunitarios no tienen fórmulas magistrales; aunque es necesario considerar una serie de elementos básicos que faciliten la participación de todos:

**Lo que ya funciona.** Es necesario valorar la utilización de las estructuras que están consolidadas en la propia comunidad, ya sean asociaciones, grupos (organizados o no), mesas sectoriales, consejos locales, etc. con el objeto de propiciar la responsabilidad social compartida.

**Los canales de participación.** Se sugiere promover el uso los canales de participación que garanticen un mínimo grado de organización y compromiso.

**La evaluación y toma de decisiones.** Prever los mecanismos formales de evaluación y toma de decisiones para garantizar la participación de la comunidad en la gestión de sus actuaciones.

**La coordinación.** La puesta en marcha de programas comunitarios exige la utilización de los recursos que ya existen y puedan incorporarse para cumplir los objetivos preventivos. Se basan en la capacidad de dinamizar los recursos existentes en la comunidad.

En la prevención comunitaria el poder de acción es compartido entre la comunidad, los equipos técnicos que intervienen, y los que tienen el poder de decisión pública: *Prevención comunitaria y gestión municipal preventiva van de la mano.*

### 1.a. Algunas puntualizaciones para la prevención comunitaria

- Reconocer a la comunidad como la principal y más rica fuente de aprendizaje grupal.
- Pensar a la comunidad como sujeto y actor de su propio proceso de cambio.
- La comunidad puede y debe movilizar sus propios recursos para avanzar en su desarrollo.
- Basar las distintas acciones en la participación.
- Las acciones son más efectivas y la permanencia de sus efectos es mayor si son acciones colectivas.
- Promover formas democráticas de intervención.
- Reconocer e identificar la influencia que ejercen los factores de riesgo a nivel comunitario, así como aquellos que ofrecen protección frente a la posibilidad del consumo de drogas.
- Actuar de manera simultánea y organizada en los diferentes espacios socializadores que conforman la comunidad.
- Toda intervención debe partir y estar definida de acuerdo a la realidad específica de cada comunidad.
- Internalizar la idea que la mejor y más efectiva acción preventiva en la comunidad es aquella que se mantiene, desarrolla y fortalece a partir de la apropiación y protagonismo de los actores involucrados, es decir, los miembros de la comunidad.

Recordemos que: **La prevención comunitaria se orienta a lograr un cambio de actitud y comportamiento de los individuos, de acuerdo a necesidades propias y sobre la base de una mayor madurez y responsabilidad social, un aumento de las capacidades personales y sociales así como la elección de opciones saludables de vida. Esto requiere la participación activa de los ciudadanos.**

### 2. Redes<sup>18</sup>

Las redes son sistemas de relaciones entre actores, sean instituciones o personas, que se abren a otras organizaciones o personas con las cuales entran en comunicación con fines de utilidad en general, los cuales se traducen en producción de bienes y servicios teniendo como beneficiarios a todas las personas que participan en ella, y a aquellas de la zona donde la red tiene lugar. Estos sistemas abiertos están en constante cambio, potencian a los integrantes y satisfacen sus necesidades y expectativas al reconocer y poner en acción los recursos y fortalezas que ellos poseen para el logro de una mejor calidad de vida. (Morillo de Hidalgo, 2000: 10)

La red es una manera diferente de asumir la organización previendo una consistencia distinta de carácter “inventivo” y “nómada”.<sup>19</sup> Su peculiar estructura de extensión descentralizada permite incorporar en muy diversos papeles a muchas personas, razón por la cual se multiplica la posibilidad de obtener respuestas no sólo variadas y originales, sino incluso inesperadas, pudiendo presentarse en diferentes lugares de la red. (Maritza Montero).

La organización comunitaria refiere al proceso que desarrolla un grupo de personas involucradas en el trabajo con una comunidad, para distribuirse las actividades, delegar las responsabilidades, comprometerse con las normas del grupo y sistematizar de alguna manera los datos producidos en la tarea, a fin de lograr metas de interés para la comunidad que conduzcan a una mejor calidad de vida (Gonçalves de Freitas, 1995).

Por último, es importante aclarar que las redes comunitarias no son en sí mismas un fin de la organización sino un medio o una estrategia para lograr una mejor organización, ya que la existencia de redes no garantiza el desarrollo comunitario aun cuando siempre aporta beneficios para la comunidad.

<sup>18</sup> Síntesis del Capítulo 6 del libro “Teoría y práctica de la psicología comunitaria”. Pág. 173-198. Ed. Paidós, 2006. Maritza Montero. Autoras del Capítulo: Maribel Gonçalves de Freitas y Maritza Montero.

<sup>19</sup> Saidón, O. (1995): “Las redes: Pensar de otro modo”, en E.Dabas y D. Najmanovich (comps), *Redes. el lenguaje de los vínculos. Hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil*, Buenos Aires, Paidós, pp 203-207. Citado en Maritza Montero. “Teoría y práctica de la psicología comunitaria”. Ed. Paidós, 2006.



### 2.a. Cualidades necesarias para una red comunitaria

- Mientras más amplia, más resultados producirá.
- Aunque tiene como fin la captación de recursos, incluye la posibilidad de discriminar entre los recursos que puedan presentarse.
- Su forma puede variar.
- Su capacidad y solidez proviene de la interrelación de las partes.
- Tiene ciertos mecanismos que regulan su dirección
- Tiene formas de advertir la posición en que se encuentra.

Desde la perspectiva psicosocial comunitaria definiremos a las redes de organización comunitaria como un entramado de relaciones que mantiene un flujo y reflujo constante de informaciones y mediaciones organizadas y establecidas en pro de un fin común: el desarrollo, fortalecimiento y alcance de metas específicas de una comunidad en un contexto particular.

### 2.b. Características de las redes comunitarias

- Pluralidad y diversidad de miembros: admiten y además no pueden excluir, la presencia de grupos, personas u organizaciones provenientes de diferentes sectores de la comunidad o de otras localidades, que actúan en áreas y desde perspectivas distintas, siendo esto lo que determina la complementariedad de estas dimensiones orientadas hacia un fin común.
- Multimodalidad o multidimensionalidad de la intervención: de la característica anterior surge una intervención de las redes comunitarias que integra y articula dimensiones, estrategias y visiones diversas dirigidas hacia una meta común, lo cual potencia y enriquece el trabajo comunitario.
- Interrelación de todos los miembros: supone que todos los miembros que la componen manejan la misma información a través del flujo constante y rápido de intercambio que se establece entre ellos, en consecuencia, los aspectos particulares se comportan como parte de un todo organizado.

- Dinámica de las relaciones: lo anterior implica que los distintos puntos de las redes están constantemente activados en la interconexión de unos con otros, estableciéndose un proceso de retroalimentación en las relaciones no sólo transferencia de información, donde los elementos manejados son reflexionados, transformados y llevados a la práctica dentro de esta dinámica relacional.
- Construcción colectiva: dado el proceso dinámico de esta red, los productos que dentro de ella se manejan son el resultado de una labor conjunta, que supone la transmisión e intercambio de experiencias y conocimientos entre quienes forman parte de la red.
- Interdependencia: cada uno de los integrantes de la red establece una relación con los otros, reconociendo que tanto la participación de éstos como la suya es importante para la acción y la toma de decisiones, más no indispensable. Ninguna parte de la red es imprescindible para su funcionamiento. Todas sus partes son necesarias. No debe haber ni dependencia ni autosuficiencia excluyente en las relaciones en red.
- Participación y compromiso: no es posible ser parte de la red sin involucrarse en el proceso de organización, cumpliendo con ciertas responsabilidades que permitan dar respuesta a los objetivos propuestos. Esto puede darse de distintas maneras y con mayor o menor compromiso según el momento y el objetivo de la red.
- Diversidad y particularidad, divergencia y convergencia: dentro de las redes conviven varios intereses particulares, personales, grupales, institucionales, dada la pluralidad de áreas y perspectivas que en ella confluyen, así como la heterogeneidad de grupos de edad que la componen. Confluyen objetivos, necesidades y modos de acción que pueden ser divergentes pero converger en relación con una misma finalidad. El fortalecimiento y desarrollo de la comunidad.
- Puntos de tensión y negociación: esta variedad de estilos e intereses produce ciertos momentos de tensión interna en las relaciones de la red, los cuales pueden asumirse como modos de fortalecimiento, estableciendo mecanismos de negociación en los que todos sean beneficiados por la meta común.
- Construcción y reconstrucción: la red no permanece siempre idéntica, constantemente pueden salir o entrar miembros a ella, a la vez que cambiar de posición en el proceso de relación y ejecución de las tareas. La red está en constante proceso de transformación, incluso de su intensidad y periodicidad de activación.

- **Co-gestión:** la red supone que los diferentes entes involucrados mantienen una relación de colaboración y cooperación permanente para el desarrollo de las acciones conjuntas y particulares, que les permite reconocer su propio aporte y el de los demás para el logro efectivo y exitoso de las metas planteadas.
- **Democratización de conocimientos y poder compartido:** los participantes ponen sus recursos internos al servicio propio y de los demás, a la vez que se enriquecen con los ofrecidos por los otros, siendo todos útiles para alcanzar los objetivos de la red. Implica una concepción del poder como capacidad para el desempeño de las tareas y responsabilidades en relación y no como un objeto o cosa que pertenece a alguien en particular.
- **Afectividad, filiación y solidaridad:** la red supone la identificación de sus miembros con sus acciones y objetivos, así como con los otros actores que comparten el espacio y sentido de la relación. Necesidad de socializar e inclusión de nuevos miembros a partir de la afiliación con los anteriores.
- **Flexibilidad:** mientras más flexible sea la red, mayores serán sus posibilidades de crecimiento. Pero no debe llegar el punto de difuminar sus objetivos.

### 2.c. Tipos de redes

1) Según los **actores involucrados**, las redes pueden ser:

- **Interpersonales**, aquellas que se establecen entre diferentes miembros de la comunidad que no forman parte de ningún grupo organizado de ésta y con perspectivas y áreas diferentes para el abordaje del trabajo comunitario.
- **Intergrupales**, por su parte, están constituidas por diferentes grupos organizados de la comunidad o externos a ella.
- **Interinstitucionales**, están conformadas por varias instituciones que se unen para trabajar en torno de un fin común.
- **Combinadas** incorporan actores sociales de cualquiera de las entidades antes mencionadas.

2) Según el **ámbito que abarcan** pueden ser:

- **Intracomunitarias**, son las que se establecen internamente dentro de las comunidades.
- **Intercomunitarias**, se refieren a las conexiones entre personas o grupos pertenecientes a dos o más comunidades.

Las primeras promueven la articulación local y las segundas son de mayor alcance. Es deseable para la organización comunitaria que existan ambos tipos de redes, porque se fortalecen ellas y sus integrantes.

3) Según su **funcionamiento** pueden ser:

- **Circunstanciales**, aquellas que se activan en un momento particular para solventar una situación específica y desaparecen una vez resuelta.
- **Las redes estables** son las que mantienen los mecanismos de relación e intercambio de manera permanente y se activan con frecuencia, por situaciones emergentes o para activar proyectos conjuntos.

4) Según su **reconocimiento** pueden ser visibles o invisibles. Esta clasificación obedece al hecho de que las comunidades funcionan en red sin tomar conciencia de ello, lo cual no les permite potenciar al máximo la multiplicidad de relaciones establecidas y los mecanismos y recursos para la solución de los problemas.

5) De acuerdo con su **estructura** pueden ser:

- **Espontáneas**, aquellas de carácter flexible en las que las relaciones entre los actores se establecen de modo natural o inestructurado, en el espacio de la cotidianidad. En la mayoría de los casos se activan cuando es necesario dar respuesta a una situación u organizar una actividad, aun cuando se mantiene en contacto permanente.
- **Las redes estructuradas o institucionalizadas** son de carácter formal, su estructura y organización están establecidas, ya sea previamente o luego de iniciado su funcionamiento. Precisan de representantes de organizaciones, roles de cada miembro, días de encuentro y periodicidad de reuniones, entre otros.

## 2.d. Algunos procesos psicosociales que obstaculizan o desvirtúan el proceso de las redes comunitarias



## 2.e. Procesos psicosociales que potencian las redes comunitarias.

- **Irradiación y extensión del trabajo comunitario** con mayor efectividad hacia fuera y hacia adentro de la comunidad.
- Maximización de los procesos de **socialización de la información**.
- Favorecimiento de la **inclusión social**, el respeto por las diferencias (otras personas y maneras de pensar) apertura hacia nuevas ideas y soluciones.
- Disipación del temor al compromiso, porque es posible **participar de diferentes maneras y a través de los diferentes puntos de conexión** y al introducir elementos de contacto directo entre los miembros de la red se facilita el entusiasmo por la tarea.
- **Potenciación, fortalecimiento y aprovechamiento** de recursos materiales y humanos.
- Mejor distribución de **responsabilidades, estrategias y tareas**.
- Unificación de objetivos e intercambios de vivencias comunes y no comunes.
- Canalizar ofertas de colaboración.
- Refuerzo de la identidad individual, familiar, grupal, comunitaria y ciudadana, a partir del encuentro de intereses comunes, particulares y aún divergentes.
- Espacio de **evaluación intergrupal** a partir de la retroalimentación de las experiencias.
- Rescate de la **cotidianeidad como potencial para la acción comunitaria**, en la medida en que se toman en cuenta los espacios y las relaciones cotidianas de las personas, las estrategias de vinculación y el desarrollo de alternativas de acciones a partir de las situaciones de la vida diaria.
- Mayor convocatoria en la comunidad, a través de la diversidad de puntos en la red.
- Impulso a la participación y protagonismo de mayor número de actores o grupos sociales, descentralizando el poder.
- Estímulo a la articulación social y la construcción de ciudadanía, al permitir la unificación de criterios y el intercambio de recursos de diferentes sectores y localidades de la sociedad con metas comunes.

## 2.f. Redes y prevención Comunitaria

Las redes que actúan en Prevención Comunitaria

- Parten de las necesidades de la comunidad en la cual se va a trabajar.
- Valoran, potencian y utilizan los recursos personales y sociales existentes.
- Intentan involucrar al mayor número posible de personas, de grupos de diferentes edades, escuchándolos, receptando sus iniciativas y apoyando sus ideales.
- Se centran más en las personas y los grupos.
- Amplían las redes, coordinando las acciones preventivas con otras acciones de promoción o de desarrollo que se estén implementando en la comunidad.
- Responden de manera más eficiente a las necesidades o problemas.
- Coordinan esfuerzos en torno a estrategias y objetivos comunes.
- Refuerzan mutuamente las capacidades y potencialidades de cada organización, de cada sector.
- Comparten e intercambian experiencias, ideas o recursos.

## 2.g. Pasos para generar trabajo en red para la prevención del consumo de drogas

- Identificar otros organismos, instituciones y personas que se encuentren desarrollando trabajos en prevención de drogas o estén interesados en involucrarse en una labor en este ámbito y se muestren animados a ser parte de una RED.
- Trabajar en un listado los posibles miembros.
- Convocar a una primera reunión donde todos los interesados puedan reflexionar sobre los significados y beneficios de trabajar en RED, y después se comprometan a ser parte de la RED. La red puede empezar con pocos miembros y luego irse ampliando.
- Identificar puntos de interés y necesidades en las que sólo trabajando juntos pueden responder.
- Definir la población a la que se va a responder como RED: jóvenes, mujeres, personas afectadas por las drogas, niños o comunidad en general.

- Identificar entre todos los miembros la visión de la RED, es decir, cuál es el objetivo que se desea alcanzar.
- Establecer su misión, el cómo y el qué se va a hacer para lograr el objetivo (visión) de la RED.
- Definir la estructura de RED, es decir si es una Red formal o informal y como funciona.
- Discutir cómo se va a manejar la comunicación interna y cada cuanto tiempo se van a reunir.
- Trabajar en un plan de acción por lo menos para seis meses.
- Buscar fuentes de financiamiento para ejecutar su plan de acción a través de la presentación de propuestas e iniciativas a diversas instancias, ya sean públicas o privadas

## 2.h. El fortalecimiento de las redes

Mario Rover<sup>20 21</sup> propone la siguiente secuencia de niveles de profundización de los vínculos entre las personas que conforman una red:

### 1. Reconocer que los otros existen: requiere y genera **aceptación**.

No siempre los “otros” son reconocidos como pares o interlocutores para plantear un trabajo en común, este aspecto puede ser un obstáculo para la construcción y sostenimiento de la red.

### 2. Conocer lo que el otro/a hace o es: requiere y genera **interés**.

La construcción de una red, requiere de apertura a la diversidad cultural de la zona y a la posibilidad de encontrar personas y grupos que amplíen nuestra mirada y nuestro análisis, intercambiando con estos “otros”, sobre las situaciones que nos preocupan. “Definitivamente es muy diferente hablar de los otros que hablar con los otros” (Mario Rovere).

### 3. Colaborar, prestar ayuda esporádica: requiere y genera **reciprocidad**.

Cuando se ha desarrollado este tipo de vínculo de mayor profundidad, se requieren acciones concretas de ayuda mutua, lo cual es una situación que genera y fortalece las redes, porque construye reciprocidad y refuerza vínculos.

<sup>19</sup> Médico, con orientación en Administración de Servicios de salud, Diplomado en Salud Pública. Especialista en Administración hospitalaria.

<sup>20</sup> Rovere, Mario. *Redes Nómades; Algunas Reflexiones desde una Práctica de Intervención I Institucional en Wolfberg E. Prevención en Salud Mental; Escenarios.2001.*

#### 4. Cooperar, compartir actividades o recursos: requiere y genera **solidaridad**.

Cada una de las personas y grupos que participan de una red, además de continuar en sus propias actividades o proyectos, contribuyen en las actividades y objetivos de otros al compartir recursos y cooperar en acciones, generando economía, eficacia y desarrollando solidaridad, entendida según la describe la física: “dos cuerpos son solidarios cuando nada que le ocurra a uno le es indiferente al otro”.

#### 5. Asociar (se) desarrollar proyectos comunes: requiere y genera **confianza**.

La confianza refiere al máximo nivel de profundidad en la vinculación en red. Esta permite abordar proyectos y situaciones que ninguno de los que participan en la red podrían haber emprendido por sí mismo, ya sea por la calidad o el alcance del emprendimiento. La confianza es aquello que permite tales desarrollos.

Además en el trabajo en red es necesario asumir la imprevisibilidad, desarrollar la flexibilidad, aceptando que no son posibles los consensos absolutos; admitir futuros alternativos, aceptar las contradicciones, comprenderlas y convivir; saber y hacer en el desorden; tener contención ante los problemas locales.

### 3. Culturas Juveniles<sup>22</sup>

Durante mucho tiempo la representación cultural de la adolescencia y la juventud como un periodo caracterizado por innumerables problemas y tensiones, como un periodo de confusión normativa, tormentoso y estresante y de oscilaciones y oposiciones ha sido la orientación teórica predominante. Sin embargo, en las últimas décadas esta visión de la adolescencia y de la juventud ha sido reemplazada por otra que se centra más en los aspectos positivos del desarrollo, presentando la adolescencia como un periodo de evolución durante el cual el individuo se enfrenta a un amplio rango de demandas, conflictos y oportunidades. Se entiende que el adolescente/joven contribuye positivamente a su propio desarrollo y se encuentra implicado en un proceso de negociación con sus padres, con objeto de ejercer un mayor control sobre su propia vida. Por otro lado, se incluye en su consideración, la diversidad que el mundo juvenil presenta, la heterogeneidad y la pluralidad<sup>23</sup> que enriquece la mirada sobre los procesos juveniles, y facilita su comprensión.

<sup>22</sup> Texto extraído del material teórico de apoyo para la capacitación de referentes comunitarios realizada por el Programa del Sol en convenio con la Secretaría de Prevención de la Drogadicción y lucha contra el narcotráfico de la Provincia de Córdoba año 2009.

<sup>23</sup> Duarte Quapper, Klaudio. ¿Juventud o juventudes? Versiones, trampas, pistas y ejes para acercarnos progresivamente a los mundos juveniles. en revista pasos n°93, Departamento Ecuménico de Investigaciones, San José, Costa Rica. 2008

### 3.a. Los jóvenes en las campañas preventivas

A lo largo de los años, se ha situado a los jóvenes en el centro de la escena preventiva. En primer lugar por considerarlos el grupo de mayor riesgo, y también por resultar una etapa propicia para las estrategias preventivas, ya que aún es posible incidir sobre la formación de sus comportamientos. La opción de actuar sobre las conductas de consumo de los jóvenes, y sobre sus determinantes psicológicos, nace del fracaso de las medidas prohibicionistas como única respuesta posible al fenómeno del consumo de drogas.

Según el momento y según desde qué perspectiva se enuncie el discurso preventivo, se define al joven con ciertas características, y se destinan a él distintos mensajes.

Una de las líneas más “duras” en prevención y también más antiguas, distinguen algunas características que definen al joven consumidor de sustancias tales como:

- Cambio de comportamiento personal;
- Desinterés por las cosas que antes le interesaban, desde las triviales hasta las trascendentes;
- Ausencias injustificadas de la casa, la escuela o el trabajo;
- Somnolencia excesiva;
- Adelgazamiento sin seguir dieta alguna;
- Rechazo de mimos y cariños habituales;
- Estados de nerviosismo;
- Amenazas veladas, como las de los suicidas;
- Desprecio por las actividades en familia;
- “Madurez repentina”;
- Cambio radical de amistades;
- Hablar mal de sí mismo;
- Secretismo apartamiento;<sup>24</sup> entre otros.

En este tipo de descripciones, según Hermes Millán, se mezclan “los síntomas evolutivos, las crisis de crecimiento, y los desajustes adaptativos, y nos invita a (...) desconfiar de todo adolescente, hasta que éste no demuestre su inocencia (...)” (Millán, 2001:56).

<sup>24</sup> Hermes Millán “Trece discursos y una mirada diferente” Ed. Fin de Siglo, 2001, pág. 56.

Otras líneas en prevención, incluye la posibilidad del consumo como producto de una elección, es decir que los jóvenes no son seres acríticos o convertidos en impotentes por lo que otros les dicen que hagan.

En este contexto, la juventud es reconocida como un sujeto y no como un objeto de los mensajes preventivos. “no se trata de obviar el discurso médico y la realidad evidente del daño, sino de resituar, en el sujeto la capacidad de reflexionar sobre el sentido que tiene para el cuerpo el uso de una droga y así resolver, desde sí mismo, desde la relación con su cuerpo/mente y con el objeto-droga si lo toma o lo deja” (Ghiardo, 2003)

La construcción de espacios de discusión y reflexión, despojados de mitos y tabúes, colabora en la producción de un discurso acerca de las drogas en el cual implicarse, incluirse como sujeto y desde allí transformar las prácticas.

Es preciso, cuestionar la forma en que ha sido tratado socialmente el tema y también pensarse cada uno como sujeto de múltiples consumos.

### 3.b. El concepto de culturas juveniles<sup>25</sup>

En un sentido amplio, las culturas juveniles se refieren a la manera en que las experiencias sociales de los jóvenes son expresadas colectivamente mediante la construcción de estilos de vida propios, localizados fundamentalmente en el tiempo libre, o fuera de la vida institucional. En un sentido más restringido, definen la aparición de “microsociedades juveniles”, con grados significativos de autonomía en relación con las “instituciones adultas”, que se dotan de espacios y tiempos específicos, y que se configuran históricamente en los países occidentales tras la segunda guerra mundial, coincidiendo con grandes procesos de cambio social en el terreno económico, educativo, laboral e ideológico. Su expresión más visible son un conjunto de estilos juveniles “espectaculares”, aunque sus efectos se dejan sentir en amplios sectores de la juventud.

Se habla de culturas juveniles en plural (y no de Cultura Juvenil en singular) para subrayar la heterogeneidad de las mismas. Este cambio de términos implica también un cambio en la “manera de mirar” el tema, que transfiere el énfasis de la marginación a la identidad, de las apariencias a las estrategias, de lo espectacular a la vida cotidiana,

<sup>25</sup> Adaptación y Síntesis del Capítulo III del libro: “De Jóvenes, bandas y tribus. Antropología de la juventud.” Pp.84-105. Editorial Ariel, S.A. Barcelona, 1999. Autor: Feixa, Carles. Citado en Material teórico de apoyo para Referentes Comunitarios. Asociación Civil Programa del Sol. Córdoba, Argentina. 2009.

de la delincuencia al ocio, de las imágenes a las personas.

La noción de culturas juveniles remite a la noción de culturas subalternas las cuales son consideradas por la antropología como las culturas de los sectores dominados, y se caracterizan por su difícil integración en la cultura hegemónica (dominante).

La no integración -o integración parcial- en las estructuras productivas y reproductivas es una de las características esenciales de la juventud. Los jóvenes, incluso los que provienen de las clases dominantes, acostumbran a tener escaso control sobre la mayor parte de aspectos decisivos en su vida, y están sometidos a la tutela (más o menos explícita) de instituciones adultas. Lo que diferencia a la condición juvenil de otras condiciones sociales subalternas (como las minorías étnicas, por ejemplo) es que se trata de una condición transitoria: los jóvenes pasan a ser adultos (pero nuevas generaciones los reemplazan). Este carácter transitorio de la juventud, ha sido utilizado a menudo para menospreciar los discursos culturales de los jóvenes. A pesar de ello, en condiciones desiguales de poder y recursos, determinados grupos juveniles han sido capaces de mantener niveles de autoafirmación considerables (Lutte, 1984; Juliano, 1985).

La articulación social de las culturas juveniles puede abordarse desde tres escenarios (Hall y Jefferson, 1983):

- **Las culturas parentales** pueden considerarse como las grandes redes culturales, definidas fundamentalmente por identidades étnicas y de clase, en el seno de las cuales se desarrollan las culturas juveniles, que constituyen subconjuntos. Refieren a las normas de conducta y valores vigentes en el medio social de origen de los jóvenes. Pero no se limita a la relación directa entre “padres” e “hijos”, sino a un conjunto más amplio de interacciones cotidianas entre miembros de generaciones diferentes, en el seno de la familia, el vecindario, la escuela local, las redes de amistad, las entidades asociativas, etc. En este contexto el joven interioriza elementos culturales básicos (uso de la lengua, roles sexuales, formas de sociabilidad, comportamiento no verbal, criterios estéticos, criterios de adscripción étnica, etc.) que luego utiliza en la elaboración de estilos de vida propios.
- **La cultura hegemónica** refleja la distribución del Poder cultural en la sociedad

más amplia. La relación de los jóvenes con la cultura dominante está mediada por las diversas instancias en las cuales este poder se transmite y se negocia: escuela, sistema productivo, ejército, medios de comunicación, órganos de control social, etc. Frente a estas instancias, los jóvenes establecen relaciones contradictorias de integración y conflicto, que cambian con el tiempo. Las culturas juveniles provenientes de una misma cultura parental pueden negociar de forma diferente sus relaciones con la cultura hegemónica: así, algunas culturas juveniles pueden adoptar soluciones adaptativas (el “buen estudiante”, el “chico laborioso”) o disidentes (“el pibe choro”, “el drogón”), otras las culturas juveniles pueden seguir recorridos normativos (“situarse”, “hacer carrera”) o contestatarios (“sublevarse”, “rebelarse”).

- **Las culturas generacionales**, finalmente, refieren la experiencia específica que los jóvenes adquieren en el seno de espacios institucionales (la escuela, el trabajo, los medios de comunicación), de espacios parentales (la familia, el vecindario) y sobre todo de espacios de ocio (la calle, el baile, los locales de diversión). En estos ámbitos delimitados, el joven se encuentra con otros jóvenes y empieza a identificarse con determinados comportamientos y valores, diferentes a los vigentes en el mundo adulto.

Las culturas juveniles no son homogéneas ni estáticas: las fronteras son móviles y los intercambios entre los diversos estilos son numerosos. Los jóvenes no acostumbran a identificarse siempre con un mismo estilo, sino que reciben influencias de varios, y a menudo construyen un estilo propio. Todo ello depende de los gustos estéticos, musicales, de los grupos de origen con los que el joven se relaciona, y todo lo que ello implica en términos ideológicos.

A un nivel más operativo, las culturas juveniles pueden analizarse desde dos perspectivas:

- a) En el plano de las **condiciones sociales**, entendidas como el conjunto de derechos y obligaciones que definen la identidad del joven en el seno de una estructura social determinada, las culturas juveniles se construyen con materiales provenientes de las identidades generacionales, de género, clase, etnia y territorio.
- b) En el plano de las **imágenes culturales**, entendidas como el conjunto de atri-

butos ideológicos y simbólicos asignados y/o apropiados por los jóvenes, las culturas juveniles se traducen en estilos<sup>26</sup> más o menos visibles, que integran elementos materiales e inmateriales heterogéneos, provenientes de la moda, la música, el lenguaje, las prácticas culturales y las actividades focales. Estos estilos tienen una existencia histórica concreta, son a menudo etiquetados por los medios de comunicación de masas y pasan a atraer la atención pública durante un período de tiempo, aunque después decaigan y desaparezcan.

### 3.c. Culturas juveniles y generación

El primer gran factor que estructura a las culturas juveniles es la **generación**. La generación puede considerarse el nexo que une biografías, estructuras e historia. La generación hace referencia a la identidad de un grupo de edad socializado en un mismo período histórico. Al ser la juventud un momento clave en el proceso de socialización, las experiencias compartidas perduran en el tiempo, y se traducen en la biografía de las personas.

¿Cómo distinguir una generación de otra? Por una parte, las fronteras generacionales responden a factores históricos y estructurales. Por otra parte, las generaciones se identifican sobre todo por un sentimiento de “contemporaneidad” expresada por “recuerdos en común” (Augé, 1987: 33). La conciencia que manifiestan las personas de pertenecer a una misma generación se refleja en “acontecimientos generacionales” (una guerra, un movimiento de protesta), lugares comunes, etiquetas y autocalificaciones. Aunque no se trata de agrupaciones homogéneas (iguales), ni afectan de la misma manera a todos los individuos contemporáneos, tienden a convertirse en modelo trascendentales en las historias de vida.

Las culturas juveniles más visibles tienen una clara identidad generacional, que sintetiza de manera espectacular el contexto histórico en la que surgen. Aunque en cada momento conviven diversos “estilos” juveniles, normalmente hay uno que se convierte en hegemónico (dominante), sellando el perfil de toda una generación. Algunos aparecen de golpe en la escena pública, se difunden y al cabo de un tiempo se apagan o son apropiados comercialmente. Otros persisten, e incluso son retomados/reinventados por generaciones posteriores. Sin embargo, es la novedad lo que da origen a las culturas juveniles, plantean siempre un movimiento hacia la innovación.

<sup>26</sup> El término “estilo” puede tomarse como equivalente a lo que hoy se denominan “tribus urbanas”

### 3.d Culturas juveniles y clase social

En los años de posguerra se popularizaron diversas teorías que predicaban la emergencia de una cultura juvenil homogénea e interclasista, proponiendo la edad y la generación como factores que sustituyen la clase en la explicación del conflicto y del cambio social. Para algunos autores, por ejemplo, no es la edad sino la clase el factor estructurante de las culturas juveniles. Las culturas juveniles pueden interpretarse como intentos de afrontar las contradicciones que permanecen sin resolver en la cultura parental. Las cambiantes relaciones de las culturas juveniles con las culturas parentales y con la cultura dominante pueden explicar la convivencia de diversos estilos juveniles en cada momento histórico, que a grandes rasgos trazan fronteras sociales, pero que también pueden presentarse de manera cruzada.

La relación entre cultura juvenil y clase se expresa sobre todo en la relación que los jóvenes mantienen con las culturas parentales. Ésta no se limita a una relación directa entre padres e hijos, sino a un amplio conjunto de interacciones cotidianas entre miembros de generaciones diferentes en el seno de la familia, el barrio, la escuela, la red amplia de parentesco, la sociabilidad local, etc. Los jóvenes habitan, como sus padres, en un medio familiar y social específico. Mediante la interacción cara a cara con parientes y vecinos mayores, los jóvenes aprenden algunos rasgos culturales básicos (roles sexuales, lenguaje, maneras de mesa, gustos estéticos). Mientras las culturas parentales de clase media tienden a concentrar estas funciones en la familia nuclear (padre, madre, hermanos/as), en términos generales, las culturas de nivel socio económico bajo, dan mucha más importancia a la familia ampliada (padres, madres, hermanos/as, tías/os, abuelos/as, etc.) y la comunidad local.

Estos contextos íntimos también vinculan a los jóvenes con el mundo exterior: la percepción del mundo del trabajo, del estudio, las valoraciones sobre la policía y la autoridad, las interpretaciones que se hacen de los medios de comunicación, etc. Aunque se identifiquen con otros miembros de su propio grupo de edad, los jóvenes no pueden ignorar los aspectos fundamentales que comparten con los adultos de su clase social (oportunidades educativas, itinerarios laborales, espacios de ocio, etc.).

### 3.e. Culturas juveniles y territorio

Otro de los factores estructurales de las culturas juveniles es el territorio.

Las culturas juveniles se han visto históricamente como un fenómeno esencialmente urbano, más precisamente metropolitano (de las grandes ciudades). La mayor parte de estilos más visibles han nacido en las grandes ciudades; pero el origen no determina el destino. En la medida que los circuitos de comunicación juvenil son de carácter universal –medios de comunicación, rock, moda-, la difusión de las culturas juveniles van más allá de las divisiones rural/urbano/metropolitano. Ello no significa que se den el mismo tipo de grupos en un pequeño pueblo, en una capital provincial o en una gran ciudad.

La acción de los jóvenes sirve para redescubrir territorios urbanos olvidados o marginales, para dar nuevos significados a determinadas zonas de la ciudad, para humanizar plazas y calles (quizá con usos no previstos). A través de la fiesta, de las rutas de ocio, pero también del graffiti y la manifestación, diversas generaciones de jóvenes han recuperado espacios públicos que se habían convertido en invisibles, cuestionando los discursos dominantes sobre la ciudad. A escala local, la emergencia de culturas juveniles puede responder a identidades barriales, a lógicas de centro-periferia, que es preciso descubrir. Las culturas juveniles crean un territorio propio, apropiándose de determinados espacios urbanos que distinguen con sus marcas: la esquina, la calle, la pared, el local de baile, el boliche, el centro, las zonas de ocio, etc.

### 3.f. Culturas juveniles y estilo

La mayoría de grupos juveniles comparten determinados estilos<sup>27</sup>, aunque éstos no siempre sean espectaculares ni permanentes (puede hablarse también de estilos individuales, en la medida en que cada joven manifiesta determinados gustos estéticos y musicales y construye su propia imagen pública). Sin embargo, los que aquí nos ocupan son sobre todo aquellos que se manifiestan de manera espectacular en la escena pública y que presentan una trayectoria histórica precisa. En este sentido, corresponden a la emergencia de la juventud como nuevo sujeto social y se basan en la difusión de los grandes medios de comunicación, de la cultura de masas y del mercado adolescente.

<sup>27</sup> El estilo puede definirse como la manifestación simbólica de las culturas juveniles, expresada en un conjunto más o menos coherente de elementos materiales e inmateriales, que los jóvenes consideran representativos de su identidad como grupo.



Para Clarke (1983), la generación de un “estilo” no puede entenderse como un fenómeno de moda o la consecuencia inducida de campañas comerciales. Las diversas culturas juveniles se han identificado por la posesión de objetos. Sin embargo, las cosas utilizadas por sí solas no hacen un estilo. Lo que hace un estilo es la organización activa de objetos con actividades y valores que producen y organizan una identidad de grupo.

El estilo constituye, pues, una combinación de elementos culturales (textos, artefactos, rituales), de los que pueden destacarse los siguientes:

- **Lenguaje.** Una de las consecuencias de la emergencia de la juventud como nuevo sujeto social es la aparición de formas de expresión oral características de este grupo social en oposición a los adultos: palabras, giros, frases hechas, entonación, etc. Para ello los jóvenes toman prestados elementos del lenguaje social pero también participan en un proceso de creación de lenguaje. El uso de metáforas, la inversión del orden de las letras y los juegos lingüísticos son procedimientos habituales. A veces las jergas juveniles abarcan amplios sectores de la población, otras veces, son lenguajes para grupos más reducidos que después se difunden. En cualquier caso, la jerga de cada estilo refleja las experiencias más importante en la vida del grupo.
- **Música.** La audición y la producción musical son elementos centrales en la mayoría de estilos juveniles. De hecho, la emergencia de las culturas juveniles está estrechamente asociada al nacimiento del rock & roll, la primera gran música generacional. Desde ese momento, la música es utilizada por los jóvenes como un medio de auto-definición, una bandera para marcar la identidad de grupo. Es importante señalar que la mayor parte de los jóvenes hacen un uso selectivo y creativo de la música, que escuchan en la radio, en CD o asistiendo a conciertos. Pero también es importante su participación en la creación musical: numerosas bandas juveniles pasan a ser bandas rocanroleras, cuarteras, etc.
- **Estética.** La mayor parte de los estilos se han identificado con algún elemento estético visible (corte de pelo, ropa, atuendos, accesorios, etc.). Pero no deben confundirse las apariencias con las personas: raramente se trata de uniformes estandarizados, sino más bien de un repertorio amplio que es utilizado por cada individuo y por cada grupo de manera creativa. Lo que comparten la mayoría de los estilos, eso sí, es una voluntad de marcar las diferencias con los adultos y con otros grupos juveniles. Aunque los accesorios se consiguen a menudo en el mercado, otras veces

son producidos artesanalmente por los propios jóvenes, e incluso se consiguen en circuitos comerciales alternativos generados por las culturas juveniles. Aunque sólo una pequeña minoría de jóvenes adoptan el uniforme completo de los estilos, son muchos los que utilizan algunos elementos y les atribuyen sus propios significados. Algunos estilos se convierten en fuente de inspiración para el conjunto de los jóvenes, marcando las tendencias de la moda de toda una generación.

- **Producciones culturales.** Los estilos se manifiestan públicamente en una serie de producciones culturales: revistas, graffitis, murales, pintura, tatuajes, vídeos, radios libres, cine, etc. Estas producciones tienen una función interna (reafirmar las fronteras de grupo) pero también externa (promover el diálogo con otros grupos y espacios sociales y juveniles). Una de sus funciones es transformar la valoración negativa que se da socialmente a determinados estilos, transformando el estigma en emblema.
- **Actividades focales.** La identificación se concreta en la participación en determinados rituales y actividades centrales, propias de cada banda o estilo. Habitualmente, se trata de actividades de ocio: la asistencia a determinados locales (pubs, bailes, boliches, bares, clubes) o transitar por lugares específicos (la esquina, la plaza, los shopings, etc.).

Los estilos son construcciones dinámicas: la mayoría experimenta ciclos temporales en que se modifican tanto las imágenes culturales como las condiciones sociales de los jóvenes que los sostienen. Su origen suele deberse a procesos de **fusión** de estilos previos; a continuación experimentan procesos de **difusión** en grupos sociales y territoriales más amplias que las originales, así como de **desintegración** en tendencias diferentes; también padecen procesos de etiquetaje por parte de los medios de comunicación, que los presentan en forma simplificada apta para el consumo de masas, así como de los agentes del control social (adultos, policía, etc.), que los asocian a determinadas actividades desviadas. Pueden experimentar períodos de apogeo, de descenso, e incluso de revitalización. Pero en la mayoría de los casos, su vida acostumbra a ser corta, y no influye en más de una generación de jóvenes.

En el proceso, la forma y los contenidos originales pueden experimentar diversas transformaciones. Así pues, no puede hablarse de un estado “auténtico” en que el estilo no estaría contaminado, puesto que desde su origen la creación estilística es fusionada y multifacética.

## Capítulo 3

**MUNICIPIOS**  
**EN ACCION**

## 1. Ámbito Educativo

### 1.a. Fundamentos de la prevención en el ámbito educativo

Como hemos visto con anterioridad, a la hora de pensar la prevención del consumo problemático de drogas, son varios los ámbitos en donde podemos llevar a cabo nuestras acciones. Las intervenciones podrán tener cierto grado de éxito, si se trabaja articuladamente con todos esos ámbitos.

Quizás de todos ellos el ámbito educativo sea, junto con el ámbito familiar, uno de los más idóneos por contar con una serie de potencialidades y/o fortalezas que caracterizan y que garantizan cierto éxito en las intervenciones que realicemos, siempre y cuando reúnan una serie de particularidades.

#### Potencialidades y Fortalezas del Ámbito Educativo ¿Por qué intervenir en la escuela?

La prevención del consumo problemático de drogas en la escuela, se incluye dentro de las acciones promotoras de salud realizadas desde el ámbito educativo. Según Graciela Touzé *“La importancia de la educación como medio y estrategia para lograr las metas de salud para todos es inigualable. Considerando que su objetivo fundamental es el desarrollo del ser humano, la educación se propone una profunda transformación de la sociedad”*.<sup>28</sup>

Al ocuparnos de los “niveles de prevención”,<sup>29</sup> en particular de la prevención primaria, mencionamos la Promoción de la salud. Ahora Veremos en extenso el concepto que al respecto ofrece la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El concepto de Promoción de la Salud fue desarrollado por la OMS, y plasmado en Carta de Ottawa, donde se señala que *“(...) la Promoción de la Salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma, entendiendo a la salud como fuente de riqueza de la vida cotidiana, como un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Su acción se dirige a reducir las diferencias en el estado actual de la salud y a asegurar la igualdad de oportunidades”*<sup>30</sup>

Desde esta perspectiva la escuela es un ámbito privilegiado para desarrollar actividades de promoción de la salud, ya que actúa en el nivel de la vida cotidiana,

<sup>28</sup> “Prevención de adicciones. Un enfoque educativo”. Graciela Touze. Editorial Troquel. Buenos Aires 2005.

<sup>29</sup> Ver Capítulo 1

<sup>30</sup> (Carta de Ottawa, 1986: 2) <http://www.msal.gov.ar/feria-lmundial/documentos/Carta%20de%20Ottawa.pdf>

incluye a un enorme número de niños y jóvenes y sus familias y es deseable que pueda articular acciones promotoras con otros actores sociales comunitarios.

Por otra parte, el contexto escolar es un espacio por el cual transitan, sin ser convocados, la “mayoría” de nuestros jóvenes en un momento de sus vidas caracterizado por el permanente cambio/ “crisis”. Y si bien hoy en día esa “mayoría” de jóvenes no contempla al cien por cien de la población en edad escolar debido a los altos porcentajes de desgranamiento y deserción que tiene la escuela media en la Argentina, esta situación podría revertirse.

Así, desde ciertas políticas públicas (como es la Asignación Universal por hijo) se podría facilitar, siempre y cuando se implementen los recursos necesarios, la inclusión de aquellos jóvenes que por diferentes causas, propias y ajenas,<sup>31</sup> abandonaron el sistema educativo y se encuentran hoy en día dentro del grupo de mayor riesgo a la hora de desarrollar una relación problemática con las drogas. De esta manera este espacio podrá funcionar a su vez como ámbito de inserción y contención para aquellos niños y jóvenes más expuestos a situaciones de vulnerabilidad y /o riesgo psicosocial.

En la comunidad educativa transitan y participan distintos actores: directivos, docentes, padres/madres, alumnos, cooperadoras y otras organizaciones comunitarias vinculadas a la institución. Ellos pueden ser considerados, desde un lugar de participación activa, con un enorme potencial a la hora de diseñar las diferentes estrategias a desarrollar. Estos actores sociales serán a la vez protagonistas y beneficiarios de dichas estrategias. A su vez la escuela dispone de ciertos recursos materiales que pueden ser muy útiles para el desarrollo de la prevención.

Los procesos educativos de Nivel Medio coincide con la etapa de la adolescencia, en la que los alumnos viven un intenso proceso de cambio corporal, intelectual y afectivo que genera en ellos ciertas tensiones atribuibles no solo al joven sino también a su entorno cercano (familia y comunidad educativa). En este contexto, la escuela puede, en el marco del proceso de enseñanza-aprendizaje, generar mecanismos que garanticen una resolución satisfactoria de estas tensiones.

El tiempo que los jóvenes están en la escuela es un periodo de transición de la infancia a la madurez, con cambios tanto corporales como afectivos, cognitivos, de valores y de relaciones sociales que van a generar una fuerte integración social en el grupo de iguales, comenzando así el proceso de emancipación familiar y la aparición de una moral autónoma donde las normas emergen de las relaciones de recípro-

<sup>31</sup> Si bien los principales motivos que generan el fracaso educativo son atribuidos a los jóvenes (embarazo adolescente, la maternidad o paternidad temprana, situaciones de violencia familiar, problemas económicos, dificultades de traslado a la escuela, adicciones, enfermedades y el bajo rendimiento escolar) no debemos olvidar que en ocasiones dicho fracaso es generado por el propio contexto institucional (el desapego y la falta de compromiso de los jóvenes con la escuela también pueden originarse en las características del ambiente y las prácticas escolares, la poca calidad de la educación, la formación del profesorado, el número de alumnos por aula, etc.).

cidad y cooperación, y no de la imposición de los adultos. Podemos considerar entonces, que desde el punto de vista educativo, la escuela como transmisora de conocimientos y portadora de valores tiene algo que decir.

Si bien durante esta etapa el joven tiende a diferenciarse de los adultos, el docente sigue siendo una figura significativa que en función de su posicionamiento reforzará o se opondrá a modelos provenientes de otros ámbitos, ya sean estos familiares o sociales.

Por último cabe señalar que desde la **ley de Educación Nacional 26.206** promulgada el 27 de Diciembre del año 2006, se promueve la idea de generar una tarea preventiva en el ámbito escolar. La ley nos habla en sus artículos 8 y 11 inc. q, de algunos principios y fines de la educación, estrechamente vinculados a este tema:

#### **ART. 8°. Principios, Derechos y Garantías**

La educación brindará las oportunidades necesarias para desarrollar y fortalecer la formación integral de las personas a lo largo de toda la vida y promover en cada educando/a la capacidad de definir su proyecto de vida, basado en los valores de libertad, paz, solidaridad, igualdad, respeto a la diversidad, justicia, responsabilidad y bien común.

**ART. 11.** - Los fines y objetivos de la política educativa nacional son:

Inc. q) Promover valores y actitudes que fortalezcan las capacidades de las personas para prevenir las adicciones y el uso indebido de drogas.

Como hemos visto muchas son las potencialidades con las que la escuela cuenta a la hora de pensar en el diseño de estrategias preventivas con respecto al uso problemático de drogas, pero también debemos prestar atención a algunas debilidades o dificultades, que si bien son superables, pueden en una primera instancia suponer un obstáculo que nos impida actuar. En este sentido señalaremos:

- **Desconocimiento del tema** por parte de los adultos quienes, en general, no han tenido un contacto personal con dicha temática y no cuentan con la formación adecuada. Ello en ocasiones inmoviliza a los docentes en términos de incorporar el trabajo preventivo en el marco de cada una de las áreas del currículo.
- **Saturación de demandas** hacia la escuela y el profesorado procedentes de la sociedad. Por un lado se exige que la escuela prepare al alumnado para una sociedad competitiva y consiga resultados altos en la transmisión de

conocimientos, pero por el otro se la pide también que eduque en la salud, en la paz, en el medio ambiente, la sexualidad, la tolerancia, etc.

- **La dispersión de horas de enseñanza.** Un problema que se presenta en la escuela secundaria, es la necesidad que tienen los docentes de acumular horas cátedra para poder vivir. Esto se traduce en un perjuicio para el sistema educativo: Se dificulta el seguimiento del estudiante en el proceso enseñanza-aprendizaje y además, se ve afectado el vínculo del profesor con su alumno y con el resto de los actores de la comunidad educativa. Al respecto la ley de educación antes citada, en el capítulo IV, indica que el Consejo federal de Educación debe propiciar (Art. 32 inc. d) "la discusión en convenciones colectivas de trabajo de mecanismos desconcentración de horas cátedra o cargos de los/as profesores/as, con el objeto de constituir equipos docentes más estables en cada institución".

### 1.b. La escuela como ámbito de intervención.

#### Factores de riesgo Vs. Factores de protección

La institución educativa puede convertirse en protectora, tanto desde lo que se transmite en los contenidos pedagógicos, como desde su cultura institucional.

Cuando se educa en el respeto a las diferencias, en la solución no violenta de los conflictos, cuando se trabaja para potenciar a los sujetos y se considera a l@s estudiantes como sujetos de derechos y no sólo como receptores pasivos de contenidos escolares, se hace promoción de la salud. Estas actividades tendientes a construir vínculos enriquecedores, potencian los contenidos explícitos que se trabajan en el aula. Si en cambio existe una disociación entre lo que se dice y lo que se hace, esta brecha entre lo explícito y lo oculto, será un obstáculo al momento de desarrollar estrategias preventivas exitosas.

El aspecto implícito de la tarea educativa ha sido usualmente menos visibilizado y tradicionalmente, dicha tarea se ha focalizado en la transmisión de contenidos.

Una mirada desde modelos más integradores, proponen estrategias que contemplan la dimensión oculta del currículum escolar, trabajando para la promoción de

una cultura preventiva institucional más que para la acumulación de información que generalmente tiene una sola vía de circulación: educador-estudiante.

A la hora de pensar los enfoques más pertinentes para el abordaje del tema, los mismos deberían centrarse, no tanto en la sustancia y sus efectos sobre el cuerpo (**estrategias informativas** centradas en impedir a toda costa el contacto con las sustancias), como en la persona, su contexto y sus posibles vinculaciones con el objeto "droga" (**estrategias formativas**).

En este sentido las mismas pueden ser enmarcadas dentro de una **política preventiva institucional, entendiendo por tal una serie de lineamientos y directrices que estructuran y orientan el quehacer sobre el tema de la prevención del consumo problemático de drogas en la institución.** Integra una visión, principios, normativas, procedimientos específicos, un programa de acciones, tiene una manera de evaluarse y una instancia de capacitación permanente.

Las acciones a realizar a partir de esta política preventiva, contribuirán de forma transversal al cumplimiento de los objetivos preventivos propuestos por la institución escolar. La transversalidad estará dada por la incorporación del currículo oculto<sup>32</sup> y su adecuación a las metas de prevención y promoción. La misma se formaliza en un documento escrito, accesible a la comunidad, y su redacción está a cargo de un equipo responsable.

La prevención como parte de una política educativa implica:

- Que sea parte de la educación general, y no sea entendida como un área especial, aislada.
- Que no se reduce a la transmisión de conocimientos acerca de las drogas.
- Que considere a la persona en su totalidad, desde las dimensiones biopsíquica y sociocultural.
- Debe ser un proceso sistemático e intencional que requiere de una programación y planificación, debiendo tener una organización anticipada con relación a contenidos, metodología y recursos.
- Que debe centrarse en los determinantes de la salud y la promoción de los factores protectores.
- Que otorgue un rol activo a la comunidad educativa en su totalidad.
- Que se parta de la idea de que el concepto de salud y lo "saludable" se construye, siendo el docente un facilitador de esa construcción.

<sup>32</sup> Aquello que forma parte de los modos de relación, valores, actitudes, etc. que también se transmiten.

### 1.c. Pasos en la elaboración de una política preventiva

Básicamente el diseño de una política preventiva deberá contemplar tres ejes sobre los cuales fundamentar la misma:

- **Equipo responsable:** Se garantiza un trabajo coordinado, compuesto por todos los actores involucrados, quienes deben compartir el sentido de dicho trabajo (directivos, docentes, no docentes, equipo técnico, psicólogo/a, psicopedagogo/a, alumnos, padres, etc.). Las funciones de este equipo serán: coordinar las acciones del programa, facilitar la capacitación permanente, actualizar y mantener en vigencia el documento con políticas y normas respecto del consumo de drogas y evaluar las diferentes acciones desarrolladas.
- **Consenso sobre acuerdos y compromisos** para llevar a cabo el proyecto. Para lograr consenso se propone incorporar a los actores claves identificados (directivos, referentes del grupo de padres, representantes del municipio, preceptores, alumnos, etc.) y gestionar los **recursos** necesarios para la implementación de las acciones (tiempos, lugares, permisos para usar espacios, materiales, etc.)
- Definición de **principios** (visiones acerca de cómo abordar el tema), ejes (lo que se va a hacer) y **normativas** o reglas de acción respecto del consumo de drogas.

Antes de continuar, nos detendremos un momento en los factores de riesgo que han sido identificados en el ámbito escolar y que se relacionan con el consumo de drogas:

- **Bajo rendimiento académico y fracaso escolar.** El mismo puede estar relacionado con otros factores que no tienen que ver con la capacidad intelectual del joven y su capacidad de aprendizaje, sino con el clima familiar y el contexto social en el que vive. También la transición de un curso a otro superior, o de un nivel educativo a otro, en ocasiones amerita de una atención especial.
- **El ausentismo** en términos de falta de interés por la escuela debido en parte a expectativas y actitudes negativas con el éxito académico, y el ver la educación como poco útil e irrelevante. La no concurrencia a la escuela, pueden facilitar la implicación en otras actividades problemáticas. Y el mantenimiento de dichas conductas puede llevar a expulsiones temporales de la escuela, fracaso escolar, etc.

- **Tipo y tamaño de la escuela:** Estas características pueden dificultar la contención y vinculación entre los diferentes actores de la comunidad educativa. Igualmente, las relaciones pedagógicas autoritarias, descalificadoras y desconocedoras de lo que es el estudiante, también pueden favorecer que se instaure el consumo de drogas. De igual manera una escuela aislada de su entorno social, que no promueve el encuentro con el otro, puede favorecer condiciones para el consumo de drogas.

En contraposición a lo cual, podemos considerar como factor de protección por excelencia en el ámbito educativo, una escuela contenedora y de calidad, que realice un seguimiento cercano de sus alumnos tanto en lo que atañe a su desempeño o rendimiento escolar como a sus procesos (problemas) personales y familiares, y que promueva la integración y participación de todos los actores de la comunidad educativa teniendo en cuenta las diferencias individuales.

Cabe recordar que tanto los factores de riesgo como los factores protectores no son las causas de los problemas asociados a los consumos de drogas, sino que deben ser considerados en el marco de cada institución educativa, para cada situación emergente y en relación a cada uno de los sujetos involucrados. Por ello, la evaluación de dichos factores, debe realizarse “en contexto”, entendidos como parte de un proceso y no como factores aislados.

### 1.d. Estrategias de abordaje desde la Escuela Media

**La prevención integral**, se propone como una actividad dialogante, que reconoce que el otro con quien me vinculo es un ser histórico, que tiene un saber propio y que es productor y reproductor de su cultura.

Las acciones emprendidas no se limitarán a la transmisión de información acerca de las drogas, sus efectos y peligros; sino que promoverán una mirada crítica que pueda:

- Interpelar las propias decisiones,
- Considerar el marco social en el cual se dan las opciones por las drogas,
- Y pensar el papel de cada uno como sujetos activos en la relación con las sustancias.

Pensar la prevención desde la escuela implica, por tanto, en el marco de la política preventiva escolar, incorporar estrategias, programas y/o contenidos dentro del Proyecto Educativo Institucional donde participen de forma activa y directa los distintos actores que constituyen la comunidad educativa (directivos, docentes, padres/madres, alumnos, cooperadoras y otras organizaciones comunitarias vinculadas a la institución). Para lo cual será preciso

- **Conocer** a nuestros alumnos/as y a sus familias,
- Considerar **la realidad** de nuestra escuela y su entorno reconociendo en qué medida favorece o no la aparición de factores de riesgo y
- Tratar de **modificar o contrarrestar** dichos factores

Antes de adentrarnos en las diferentes estrategias que la Escuela Media puede movilizar para cumplir con dichos objetivos señalaremos algunas condiciones institucionales que entendemos favorecen la tarea preventiva:<sup>33</sup>

- Una gestión directiva abierta que favorezca una serie de condiciones facilitadoras de la intervención en términos organizativos como es el destinar recursos institucionales para reuniones y trabajos en equipo; y también cuestiones de gestión política institucional, como por ej. la revisión de acuerdos de convivencia, y otras prácticas institucionales que requieren de un ‘estar dispuesto’ a volver a mirar experiencias instituidas, a recibir críticas, a cambiar, etc.
- Una dinámica de trabajo en equipo instaurada dentro de la institución. Esta actitud de entender que este tema nos atraviesa a todos y que por ese motivo todas (padres, madres, estudiantes, docentes, etc.) tienen para decir y hacer en el tema, abre posibilidades múltiples de trabajo con otros, desde el trabajo en equipo. En este sentido, también es un facilitador que la escuela tenga experiencias previas de trabajo por proyectos. La escuela es un espacio en el que confluyen intereses y confluyen esfuerzos, pero cuando esto se conjuga con una apertura a la escucha y al diálogo, se puede pensar en una verdadera inclusión de todos los actores en la tarea educativa en general, y en la prevención en particular.
- Estructura institucional que aborde específicamente lo vincular entre los diferentes actores de la comunidad: con los estudiantes a través de la figura de los tutores, u otro personal que además de características y disposiciones personales

tenga un tiempo institucional para asumir esta tarea; con los padres y madres a partir de su inclusión para pensar estrategias compartidas, y con los docentes a partir de su inclusión desde la escucha real y desde la posibilidad cierta de aportar a cambios favorables.

Las estrategias que a continuación se presentan, obedecen a un modelo de intervención pensado desde el desarrollo y fortalecimiento de los **factores de protección** existentes en cada escuela, que a su vez tiende a minimizar y contrarrestar, en la medida de lo posible, los **factores de riesgo** existentes. Todo ello a partir de la **participación activa** y directa de los distintos actores que constituyen la comunidad educativa (directivos, docentes, padres/madres, alumnos, cooperadoras y otras organizaciones vinculadas a la institución).

### El proyecto preventivo institucional.

Rara vez las escuelas asumen el tratamiento de la temática desde su Proyecto Institucional. En general nos encontramos con un trabajo puntual a cargo de un docente que por algún motivo decide abordar el tema, y es en el marco de esta realidad que en ocasiones se convoca al “experto” externo a la institución a que realice intervenciones puntuales, generalmente bajo el formato de “charla”. Dichas intervenciones por lo general parten de la premisa de que el problema es la droga, algo ajeno, externo a la institución.

Dicha modalidad de abordaje se enmarca dentro de las intervenciones específicas y se basan fundamentalmente en la transmisión de información sobre las drogas y sus efectos perjudiciales desde el punto de vista de la salud y la legalidad.

Entre las principales limitaciones que vemos en esta forma de actuar estaría la falta de continuidad de las intervenciones, ya que al ser por iniciativa de un docente no permite el involucramiento de la institución escolar ni de los diferentes actores que por ella transitan.

Frente a este tipo de intervenciones ofrecemos una propuesta que, desde el marco de la prevención integral, contempla el abordaje preventivo incluyéndolo en el Proyecto Institucional a través de sus diferentes componentes

<sup>33</sup> Sosa, Claudia Analía y Ferrero, Jorgelina Verónica. Asociación Civil Programa del Sol. “Implementación de estrategias de prevención del consumo problemático de drogas en escuelas de Córdoba: aportes y desafíos”. Abril 2010.

- Proyecto educativo y Proyecto curricular de la institución.
- Formación del profesorado.
- Orientación y acción tutorial.
- El trabajo con familias
- Prevención entre pares
- Protocolos de intervención.

### 1.d.1. Proyecto educativo y proyecto curricular

Tanto el Proyecto Educativo (PEC) como el Proyecto Curricular (PC) son los documentos encargados de organizar y gestionar los principios educativos que han de dirigir la acción docente. Son dos proyectos diferentes con una característica común: marcar las líneas organizativas de la institución escolar en una doble dinámica ideológica y didáctica.<sup>34</sup> Y es en ambos donde la temática del consumo de drogas puede estar presente, si así es considerado y priorizado por los diferentes participantes.

En el marco del Proyecto Educativo se establecerá la línea ideológica desde la cual será abordado el tema, disponiéndose en el mismo, las pautas de organización y abordaje más inmediatas: formación docente, protocolos de intervención, etc.

Por otro lado las drogas tienen que ver con los valores, con el consumo, con la sexualidad, con la convivencia, con la seguridad..., en definitiva, con la vida. Por esto, su tratamiento desde la escuela estará vinculado también al Proyecto Curricular y su abordaje desde la educación para la salud, la educación para el consumo, la educación vial, la educación en valores, la educación para la convivencia, etc.

Se hará necesario entonces, realizar las adaptaciones curriculares de manera que se integre el tema de las drogas a estas otras temáticas asociadas, incluyendo tanto las sustancias legales como las ilegales.

Como vimos la educación pretende ir más allá de la simple transmisión de conocimientos relacionados con las sustancias, para promover actitudes sanas y estimular hábitos ajenos al abuso de las drogas.

Se entiende que educar es prevenir, por lo que será en el currículum donde se diagramarán los objetivos a conseguir en cada ciclo, así como en cada materia de acuerdo con la realidad individual y social en la que nos desempeñemos, a los fines de abordar los saberes escolares.<sup>35</sup>

<sup>34</sup> Cipriano Olmos. "El Proyecto Educativo y el Proyecto Curricular de un Centro escolar". 2007.

<sup>35</sup> Concebir a los saberes escolares como algo más que los contenidos de cada espacio curricular y asociarlos a un modo de abordar el medio comunitario así como las transformaciones culturales contemporáneas, en virtud de las necesidades e intereses de los estudiantes y de las inquietudes y el desarrollo de los docentes.

Más allá de los contenidos específicos, la temática de las drogas contempla importantes aspectos actitudinales y de valores lo que hace difícil su tratamiento en una sola área o disciplina. Será entonces cuando el abordaje de sus contenidos "atraviese" las líneas verticales de las diferentes áreas del conocimiento.

Como tema transversal puede ser trabajado en todas las áreas curriculares, y es aquí donde el papel del profesor, de las diferentes áreas (Lengua, Ciencias de la Naturaleza, Matemáticas, Ciencias Sociales, etc.), toma relevancia ya que proponemos un tratamiento del tema desde una **propuesta totalmente interdisciplinaria**. Lo que no requiere por parte del profesorado un gran nivel de especialización, sino más bien una **actitud abierta y dialogante** que permita abordar el tema de manera dinámica y no directiva, a partir del diseño de una propuesta formativa que contemple la inclusión de los diferentes formatos curriculares para abordar los aprendizajes y contenidos: materia-asignatura, seminario, taller, proyectos, etc.

### 1.d.2. La formación del profesorado

La falta de formación en la temática, es como vimos con anterioridad, la principal dificultad que, según los diferentes estudios, manifiestan profesores y profesoras a la hora de animarse a abordar la prevención del uso de drogas. A veces, ello se debe a una cierta auto justificación y, además, se exagera la necesidad de formación desde las connotaciones dramáticas de la imagen social de la droga.

No obstante, es innegable la necesidad de una mínima formación y, en especial, del correspondiente asesoramiento que nos ayude a centrar el tema adecuadamente en el ámbito educativo.

Desde hace varios años se han venido diseñando por parte de las diferentes entidades dedicadas al tema, cursos de formación que vienen a cubrir estas necesidades. Si bien resta todavía incorporar dicha temática dentro de los planes de formación del profesorado, consideramos que dichas estrategias y que la temática sea contemplada en la Nueva Ley Nacional de Educación, son un avance.

Con respecto a dichos cursos de formación se ha de tener en cuenta que los mismos no tienen por finalidad formar "expertos en drogas" sino acercar la temática a los docentes a partir de su rol como educadores. En este sentido no se apuntará ni a formar "detectores de adictos" que sólo se interesen en buscar síntomas y signos del



consumo en lugar de promover condiciones institucionales más saludables, ni a “docentes terapeutas” que en una confusión de roles intenten resolver, por sí mismos, situaciones que requieran de intervenciones de otros especialistas.<sup>36</sup>

En la formación se deberá proporcionar, junto a los aspectos conceptuales sobre las sustancias, los contextos y las personas, el desarrollo de diferentes procedimientos y recursos didácticos para reflexionar sobre cada uno de ellos, así como cuestiones relativas al origen y a la resolución de los conflictos que se establecen entre los mismos.

Igualmente es preciso generar un proceso de reflexión crítica que promueva el mantenimiento o el cambio de los propios conocimientos, valores, actitudes, hábitos, rutinas didácticas, etcétera, de forma que puedan ser extrapolado a la función docente.

A continuación y a modo de sugerencia se presentan posibles programas de formación en función del nivel de acercamiento a la temática:

- 6) **Formación en drogodependencias:** conceptos básicos, clasificación y efectos, factores de protección y de riesgo, evolución histórica, contextos actuales, etc.
- 7) **Formación en prevención educativa de las drogodependencias:** la escuela como ámbito preventivo, educación sobre drogas, programas de prevención, la prevención en la currícula, materiales y recursos, la evaluación de las intervenciones.
- 8) **Formación en metodología y estrategias relacionadas con la prevención:** la dinámica de grupos, técnicas, entrenamiento en habilidades sociales, etc.

### 1.d.3. Orientación y acción tutorial

Figura garantizada en el Artículo 32 la **ley de Educación Nacional 26.206** (inciso b) donde se establece como una alternativa de acompañamiento de la trayectoria escolar de los jóvenes a los tutores fortaleciendo así el proceso educativo individual o grupal de los alumnos. En este sentido podemos concebir la tutoría como un “proceso de acompañamiento durante la formación de los estudiantes, que se concreta mediante la atención personalizada a un estudiante o a un grupo reducido de estudiantes, por parte de docentes competentes y formados para esta función”<sup>37</sup>

Es en esta atención personalizada, basada en el diálogo y la confianza, donde se encuentran tutor-alumno y es desde dicha relación desde donde mejor podremos acompañar a los estudiantes que por sus antecedentes, situación familiar o nivel de

desarrollo de habilidades se encuentren en riesgo de abandono o deserción. Es éste por consiguiente, un ámbito propicio donde identificar posibles problemas de nuestros alumnos y alumnas, entre ellos los relacionados con las drogas y los factores previos que puedan inducir a su consumo.

Por otro lado dicha figura del tutor se fundamenta desde diversas investigaciones que sugieren que la presencia de un adulto significativo ha sido un factor primordial que ha contribuido a promover la resiliencia en los alumnos, incrementando su asistencia a la escuela y su labor académica, y facilitando el aprendizaje y la práctica de habilidades de vida para la socialización positiva con sus pares, así como un cambio positivo en sus actitudes y conductas en relación con el consumo de sustancias adictivas logrando así retardar o prevenir el inicio del consumo.

En el marco de la intervención integral planteada en el proyecto Preventivo Institucional, desde el cual abordamos y desarrollamos contenidos de educación sobre drogas desde diferentes aéreas, es que la acción tutorial hace hincapié en los siguientes aspectos:

#### A. La detección de factores y situaciones de riesgo y la elaboración de una adaptación curricular adecuada (prevención inespecífica)

Es así que desde la Tutoría podrán abordarse las diferentes situaciones de riesgo que sean detectadas entre nuestro alumnado: integración de alumnos/as con dificultades de relación social, con problemas familiares, etc. Y fundamentalmente aquellos vinculados con el fracaso escolar para evitar su progresiva marginación del proceso educativo para lo cual será preciso promover adaptaciones curriculares que les permitan integrarse y recuperar una imagen positiva de sí mismos y de la propia institución educativa.

#### B. La detección y el abordaje de los problemas individuales que puedan darse de consumo de drogas en alumnos/as. (Prevención específica)

Aquí la acción tutorial apuntará no solo a la identificación de estos problemas sino también y fundamentalmente a generar las respuestas más adecuadas, ya sean estas de índole educativa o asistencial (derivación). Para ello el tutor articulara tanto con los otros docentes como con la familia si fuera necesario (protocolo de intervención).

<sup>36</sup> Graciela Touze. “Prevención de adicciones. Un enfoque educativo”. Editorial Troquel. Buenos Aires 2005

<sup>37</sup> Dra. Gabriela Garibay Bagnis, noviembre del 2003. Programa institucional de tutorías.

#### 1.d.4. El trabajo con las familias de los estudiantes

Si bien hoy en día la escuela y la familia no siempre gozan de buena salud en términos de interacción, consideramos primordial el recuperar y establecer relaciones fluidas entre ambos con el fin de articular y potenciar las estrategias que se pongan en marcha desde la escuela. En este sentido implicar a los padres y madres en las actuaciones de prevención de drogodependencias que pudieran llevarse a cabo en la institución, es un primer paso para mejorar y fortalecer el vínculo familia-escuela.

Los padres al igual que los docentes no cuentan con información - formación sobre la temática, lo que en ocasiones les impide abordar la misma en el ámbito de la familia. Es por ello que entre las estrategias que se pueden desarrollar en la escuela están las orientadas a ofrecer asesoramiento y formación.

Con respecto al asesoramiento a la familia sobre el tema, se intentara atender las posibles inquietudes que se presenten sobre el consumo de drogas en el centro educativo o con un niño@ o joven en particular, articulando con profesionales externos a la institución o derivando a centros especializados si el caso lo requiere la situación.

En cuanto a la formación, ésta puede desarrollarse en el marco de diferentes encuentros de capacitación, los cuales tendrán como objetivos generales:

- Sensibilizar sobre la necesidad y conveniencia del trabajo preventivo.
- Modificar sus propias actitudes y conductas frente a las drogas legales.
- Incorporar recursos conductuales para mejorar la calidad educativa en la familia.

Todo ello se hará a partir del conocimiento previo que dispongan con respecto a las drogas, actitudes y hábitos respecto a las mismas, las destrezas y habilidades que disponen para hacer frente a su labor educativa. Se considerará el aporte de elementos y estrategias que hagan del ámbito escolar un ámbito preventivo (la comunicación, resolución de problemas, la implicación de padres en actividades de tiempo libre, etc.)

#### 1.d.5. Prevención entre pares<sup>38</sup>

Dicha estrategia se enmarca desde la perspectiva de la Convención de los Derechos del Niño Y Adolescente (C.D.N.), la doctrina de los Derechos Humanos y

<sup>38</sup> Por "pares" se entiende las personas que son igual que uno en varios aspectos: edad, sexo, intereses, uso del tiempo, aspiraciones, etc.

de la Protección Integral del niño y adolescente, y se basa en "... el reconocimiento de sus derechos, en la integración en su comunidad como sujeto activo, creativo y participativo con capacidad para transformar y enriquecer su medio personal y social..." .

Una concepción del niño y el adolescente como sujeto de derecho, implica el derecho a la participación protagónica en todo aquello que se relaciona con su vida, y por que no, en lo relacionado al consumo de drogas.

La prevención entre pares sigue la línea que valora "la educación entre iguales", que se basa en la premisa de que la gente es más propensa escuchar y responder a la información cuando viene de sus pares.<sup>39</sup>

En el caso de los jóvenes, se parte del supuesto de que existen diferentes factores que dificultan la comunicación efectiva entre jóvenes y adultos, por lo cual la "Comunicación entre pares" contribuye a ayudar a los primeros a compartir temas personales o sensibles, como el uso de drogas.

A partir de esta línea de trabajo se tiende a reforzar las capacidades de los participantes para poder actuar y formar parte de las soluciones en lugar de mantenerse en una posición pasiva, sumisa y receptora en que se les coloca a menudo por parte de los adultos. En dicho accionar serán referenciados entre sus pares como iguales y no como "figuras de autoridad" en el sentido tradicional, como pueden ser los docentes.

La creación de dichos espacios de encuentro entre jóvenes tiende a promover lazos de confianza entre los participantes, propiciando la reflexión y la sensibilización de cara a lograr una actitud crítica frente al consumo de drogas. A su vez se garantiza una transmisión de información veraz y adecuada para la apropiación de la temática, a partir de la planificación y desarrollo de actividades dentro de la escuela: campañas de afiches, charlas informales, video fórums, etc.

Dichas instancias de participación de jóvenes entre jóvenes, tenderá a su vez a articular recursos humanos y materiales no solo con la institución educativa sino también con la comunidad en la que esta inserta la misma, a los fines de sumar para intervenir.

Entre los objetivos a consignar dentro de esta estrategia podemos considerar:

- Generar instancias de sensibilización, reflexión, deconstrucción y construcción de conocimiento respecto al consumo problemático de drogas, orientadas a jóvenes interesados en el abordaje de la temática.

<sup>39</sup> Convención de los Derechos del Niño, Naciones Unidas. 1989.

- Promover el protagonismo juvenil, desde la institución educativa, a través de la formación en promoción de la salud y prevención del consumo problemático de drogas.
- Facilitar herramientas que permitan estimular el compromiso activo de los jóvenes en la elaboración y el sostenimiento de una política de prevención en el espacio educativo.
- Desarrollar proyectos que permitan el trabajo en red con diferentes actores de la comunidad local con el fin de abordar de manera global y analítica la problemática del consumo
- Lograr con cada proyecto el desarrollo de potencialidades individuales, grupales y de intervención en la escuela que le permitan utilizarlos como factores protectores ante posibles situaciones de riesgo y simultáneamente aplicar sus competencias multiplicadoras

#### 1.d.6. Protocolos de intervención

Se trata de definir el procedimiento a utilizar para abordar la temática del consumo en la institución. La posibilidad de que una institución educativa elija consensuar procedimientos que guíen el modo en que los diferentes actores de la comunidad intervienen con situaciones relacionadas a las drogas, genera necesariamente un espacio de discusión y una toma de posición frente a la problemática. Estas situaciones, en sí mismas son saludables para una institución formadora, y abren camino para la elaboración de una política preventiva institucional.

En este sentido el diseño de un **protocolo de actuación** y derivación se presenta como una herramienta que permite a cada institución, definir lineamientos propios para afrontar alguna problemática vinculada con los consumos de drogas. Apuntar desde las intervenciones a la posibilidad de construir una serie ordenada de acciones, definir responsables para cada una de ellas, con objetivos claros de cada paso, supone favorecer el desarrollo de herramientas y mecanismos de solución de problemas.<sup>40</sup>

La elaboración de un protocolo contempla:

- **Definir las situaciones objeto de intervención**, las cuales pueden estar asociadas

no solo a las que se den dentro de la escuela (consumo, venta...) sino también a las que dándose fuera repercuten en la institución (alumnos bajo los efectos de drogas, ...)

- **Indagar sobre los fundamentos de las acciones a desarrollar para afrontarlas:** es importante que cada una de las personas que participan en el diseño del protocolo y la escuela como institución, puedan clarificar los objetivos de una intervención en este sentido, posicionados desde el ámbito educativo y con clara percepción de los límites y posibilidades que este lugar ofrece. Esto permite desarrollar criterios comunes, encontrar los responsables adecuados y desarrollar un discurso común para el abordaje.
- **Compatibilizar estas acciones con el reglamento vigente, lo que supondrá** una revisión de la normativa vigente (Régimen de convivencia, política de sanciones, etc.), de modo de actualizarla según la nueva mirada sobre la problemática.
- **Plantear la posibilidad de realizar derivaciones** de jóvenes con problemas con el consumo de drogas, lo que supondrá generar y fortalecer redes de derivación y estrategias de acompañamiento.
- **Definir estrategias de seguimiento** en el marco de la escuela de aquellos jóvenes que presenten dicha problemática. Las mismas podrán hacer pie en la figura del tutor y en un mayor acercamiento y vinculación con la familia.

<sup>40</sup> Chena, Marina y Sosa, Claudia. Asociación Civil Programa del Sol. "Sobre la construcción de procedimientos institucionales como herramientas de prevención del consumo problemático de drogas en la escuela". Foro de Educación. Córdoba 2010

## Capítulo 4

**MUNICIPIOS**  

---

**EN ACCION**

## 1. Atención Primaria de Salud y Consumo de drogas

Se sabe que ante problemas complejos, la única solución posible es aquella que contempla la complejidad en su accionar. Pues soluciones simples suelen quedarse a mitad de camino...

Las drogas, el uso problemático de las mismas, las adicciones, nos remiten a un problema muy complejo que requiere de soluciones también complejas. Para poner en marcha estas soluciones, entre otras cosas, se necesita de actores sociales comprometidos en su rol, que promuevan la participación social fortaleciendo la sociedad.

Los trabajadores de la salud, sobre todo en el campo de la Atención Primaria (APS), cumplen un rol fundamental en esto, pues están ejerciendo su profesión en un lugar de privilegiado accionar en la comunidad, allí donde la cercanía con la población (familias, mujeres, niños) permite conocer la realidad social, cultural y sanitaria y, por lo tanto, generar estrategias de intervención de mayor rapidez y eficacia.

Es probable que el trabajador de APS se sienta sobrepasado con la temática. Hay muchos problemas por resolver, en general está sobresaturada la demanda en los centros de salud y se cree que al ser éste un problema complejo, requiere de “especialistas” que lo aborden. No se sabe adónde recurrir, qué intervención realizar, cómo continuar. Sin embargo, y como dijimos antes, es fundamental la participación activa y comprometida de TODOS los actores sociales, más aún si su trabajo es en Salud, para dar una solución compleja.

Entonces...

### **¿Por qué tenemos que actuar ante los problemas relacionados con el consumo de drogas desde Atención Primaria?**

- Los profesionales de APS, médicos de familia, pediatras, psicólogos y enfermeras conocen a las personas que atienden, en su contexto, familiar y social, en los diferentes momentos y etapas vitales. El lugar de proximidad del trabajador de APS, le otorga especial accesibilidad a las problemáticas y a los recursos personales y

familiares que puedan presentar. Las familias conocen al profesional, de hecho, pasa a formar parte de la comunidad, por lo que el grado de confianza aumenta, permitiendo que se realicen intervenciones directas y eficaces. Así mismo, al trabajar en diversas etapas vitales, permite la continuidad en la atención.

- Desde APS, se adopta un enfoque **integral** de la salud en todas sus esferas: biológica, psicológica y social. La atención es global, la intervención es compleja.
- El trabajador de APS, tiene numerosos contactos a lo largo de la vida de las personas, las que depositan su confianza en él a la hora de asesorarles en su salud. Esto permite que se pueda acompañar y ser una constante en la vida de la persona.
- Parten de una formación en técnicas de comunicación que facilita el abordaje de aspectos íntimos y privados, como puede ser el consumo de drogas, ya sean legales o ilegales. En muchos casos, el consumidor mantiene en la esfera de su intimidad este aspecto de su vida personal. Por esta razón, no es fácil que el problema pueda ser abordado exitosamente por cualquier profesional u otro actor social. El trabajador de APS tiene la gran ventaja de conocer el modo, la forma, de tener la confianza para aproximarse a las personas y sugerir, aconsejar, intervenir y orientar con respecto a este tema.
- Prestan una atención integral e **integrada** no sólo en las diferentes fases de salud/enfermedad, sino también en promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Además se trabaja en coordinación con otros niveles de atención: centros de especialidades, hospitales, dispositivos específicos de la red de asistencia por consumo de drogas, unidades de salud mental, etc.
- Trabajan en **equipos multidisciplinarios**: médicos de familia, pediatras, enfermeras, trabajadores sociales, auxiliares, psicólogos, etc.
- Los agentes de APS, no sólo conocen las características propias de la comunidad en la que trabajan, sino que tienen posibilidades de trabajar con la población en diferentes sectores y ámbitos: consejos de salud, mesas de salud escolar, asociaciones de vecinos, colegios, etc. (medicina familiar y **comunitaria**).
- Pueden intervenir de forma **activa** y no sólo a demanda por los diferentes problemas de salud. El rol activo permite ir hacia el problema, abordarlo desde otro lugar, permitiendo intervenir inclusive en instancias previas, preventivas.

- Cada vez hay más profesionales con formación en técnicas específicas de entrevista clínica dirigida al consejo, motivación para el cambio, entrevista motivacional, etc. (docencia e investigación en APS).

## 1.a. Posibilidades y alcance de las acciones de los profesionales de Atención Primaria

### 1.a.1. En la detección del consumo

La **historia clínica** es el instrumento más importante para abordar y valorar el consumo de drogas de un paciente. El profesional de APS está acostumbrado a realizar anamnesis.<sup>41</sup>

Pues bien, una **correcta anamnesis** es la herramienta básica de trabajo, que se encuentra, además, al alcance de todos los profesionales.

Es muy importante que todos ellos incluyan preguntas acerca de consumo de drogas en la misma, planteándose previamente, los objetivos de tal indagación:

- **¿Qué se va a explorar?**
- **¿Cómo?**
- **¿Para qué?** (sobre todo)

Conocer a través de la historia clínica los posibles consumos de drogas, nos sirve para...

- a) Informar y asesorar a las personas sobre los posibles efectos y riesgos en el caso de que se plantee el consumo de cualquier droga. La intervención es directa y sencilla, inclusive informativa, pero el vínculo establecido entre el paciente y el profesional hace eficaz la intervención.
- b) Para valorar y diagnosticar precozmente posibles consumos de riesgo y asesorar con alternativas válidas, en orden de promover su disminución.
- c) Para diagnosticar, tratar y, si fuera el caso, derivar consumos problemáticos de drogas.
- d) Para valorar, diagnosticar e intervenir en cualquier situación de consumo de drogas.
- e) Para explorar posibles comportamientos y/o problemas asociados con el abuso de drogas y actuar en consecuencia.
- f) Para valorar la coexistencia de otras conductas de riesgo:

<sup>41</sup> Anamnesis: Refiere al interrogatorio que reúne los datos de un paciente, la situación motivo de consulta, los signos y síntomas que experimenta, los antecedentes familiares y personales.

- Conducción temeraria de vehículos.
- Prácticas sexuales de riesgo (dificultad de usar el preservativo bajo los efectos de las drogas, cuyos efectos pueden ser desinhibitorios y estimuladores del deseo, etc.).
- Prácticas de ciertas actividades o deportes bajo los efectos de las drogas.
- Enfermedades asociadas (infectocontagiosas, comorbilidad psiquiátrica, etc.).

#### Con respecto a QUÉ investigar es necesario tener en cuenta

- Si la persona consume, ha consumido o incluso si se plantea un futuro consumo de drogas.
- Antecedentes personales de consumos anteriores.
- Antecedentes familiares de problemas relacionados con el consumo de drogas.
- Existencia de factores de riesgo que puedan predisponer a consumos problemáticos.

#### En caso de detectar un consumo o de la intención de hacerlo

- Qué conocimientos tiene sobre las diferentes drogas: efectos buscados (el efecto positivo que busca todo consumidor), efectos negativos y/o posibles consecuencias sobre la salud, tanto a corto como a mediano y largo plazo.
- Qué cantidad de drogas consume y desde cuando. Pautas y vías de consumo.
- Explorar las situaciones de consumo y contextos (consumo en compañía o acompañado por la pareja, amigos, pares, etc.).
- Posibles combinaciones de drogas (poli consumos).
- Situación de compromiso con el consumo de sustancias<sup>42</sup>
- Intentos previos de abandono o disminución del consumo, analizando las diferentes situaciones.
- La tolerancia social hacia las drogas ilegales es, en general, mucho menor que la que se tiene hacia el alcohol y el tabaco. La exploración y abordaje de los problemas en relación con las drogas legales debe ser un objetivo prioritario.

<sup>42</sup> Los autores Prochaska y DiClemente, presentan en su libro "Modelo Transteórico de Cambio para conductas adictivas". Ed. Neurociencias. 1993.

En caso de no detectarse consumo, se dará una información general y un refuerzo en la abstinencia.

#### ¿Cómo realizar una historia de consumo de drogas?

- Profundizar mucho en una historia de consumo de drogas requiere de una relación de confianza que no siempre es fácil de conseguir. Debemos crear un clima de empatía que permita la escucha activa, cuidar nuestro lenguaje no verbal y disponer del tiempo adecuado.
- Para muchas personas, el hecho de hablar sobre ciertos aspectos de su vida privada relativos a conductas íntimas puede resultar incómodo, más aún si se trata de situaciones de consumo de drogas ilegales, por lo que debemos ser extremadamente cuidadosos al respecto.
- El médico de familia debe abordar el consumo de drogas desde una perspectiva estrictamente sanitaria y no moral. Es fundamental evitar los juicios de valor y desahacerse de los estereotipos ("*todo el que consume droga es un drogón, está enfermo, tiene problema de valores, no puede controlarse, seguro que es ladrón*" etc.)
- Es importantísimo tener siempre presente aspectos tan básicos como la **confidencialidad**, el **secreto profesional**. Hay que esclarecer este aspecto en la consulta, pues esto contribuye a crear un clima de confianza necesario para realizar la historia clínica.
- Es importante tener en cuenta cómo se pregunta: **Las preguntas abiertas, exploradoras y facilitadoras**, que dan la oportunidad a la persona para explicarse de forma amplia son fundamentales. A su vez es importante evitar preguntas con respuestas de "sí" o "no". Por lo general, son percibidas como un interrogatorio y dificultan la obtención de información. Se evita así que la persona se ponga a la defensiva dificultando la empatía necesaria para realizar una correcta historia clínica.

Debemos recordar que en Atención Primaria tenemos siempre abierta la posibilidad de retomar o posponer diferentes cuestiones para otros momentos más propicios, ya sea por falta de tiempo, presencia de terceras personas, entrevistas difíciles y cerradas.

Por otro lado es necesario tener en cuenta diversos momentos para preguntar acerca del consumo:

- Cuando se abre una historia clínica nueva.
- Ante cualquier demanda explícita o implícita relacionada con un probable consumo de drogas.
- Cuando consulten por otro tema de salud y podamos corroborar la posibilidad de un posible consumo, por la edad, por la situación de vida, etc.
- De forma periódica, en el contexto de intervenciones de promoción de hábitos de vida saludables y actividades preventivas.
- Ante cambios biográficos importantes que pueden acarrear cambios conductuales (separación, fracaso escolar, despido, etc.).

Lo que se debe tener en cuenta cuando se realiza la exploración clínica es:

- No dejarse engañar por estereotipos sobre el aspecto físico del paciente, su nivel socioeconómico o cultural.
- Algunos signos pueden indicar consumo reciente: fetor etílico, hiperemia conjuntival (típica del cannabis), midriasis (estimulantes), signos de venopunción en la piel, alteraciones en el lenguaje o el comportamiento, etc. La existencia de lesiones en tabique y fosas nasales, epistaxis frecuentes o episodios repetidos de infección local podrían estar relacionados con el uso intranasal de sustancias.
- En otras ocasiones podemos encontrar signos patológicos evidentes (arañas vasculares, telangiectasias, hepatomegalia, esplenomegalia, adenopatías, ictericia, soplos cardíacos, etc.). Estos hallazgos suelen indicar deterioro orgánico y con frecuencia están relacionados con complicaciones infecciosas en personas que utilizan (o han utilizado) drogas por vía intravenosa.

### 1.a.2. En Prevención

La Prevención es uno de los campos menos explorados, sin embargo, es de suma importancia para los trabajadores de APS.

Las intervenciones que pueden realizarse desde la APS son:

- Actividades de prevención de carácter individual, realizadas en la consulta, y generalmente orientadas a adolescentes y pacientes jóvenes. La idea es conocer las conductas del paciente relacionadas a su salud y las posibles prácticas de riesgo, mediante el establecimiento de un diálogo sobre las necesidades sobre el tema y utilizando herramientas de escucha activa y consejo (counselling) como estrategia de orientación ante una posible presencia de comportamientos de riesgo.
- Actividades de prevención de carácter comunitario, dirigidas a la infancia y adolescencia y realizadas en colaboración con sus referentes habituales y mediante la aplicación de programas para la prevención del consumo de drogas. Estos programas se desarrollan, generalmente, con la colaboración de los centros escolares y la participación de docentes, con asociaciones y organizaciones no gubernamentales (ONG), así como la posible participación de los padres. Es importante conocer quienes son los líderes o referentes en la comunidad, pues facilitan y canalizan cualquier propuesta de promoción que surja desde el centro de salud.
- Actividades en la consulta para orientar a los padres sobre los temores, sospechas o realidades de sus hijos ante el consumo de drogas.
- Actividades para la detección en las familias y en el entorno social de factores de riesgo que pueden influir en los niños y adolescentes para que adopten conductas de riesgo relacionadas con el consumo de drogas.
- Actividades en la consulta para la detección precoz en los adultos de consumos de drogas, normalmente legales como el alcohol y el tabaco, aunque también ilegales, como el cannabis y la cocaína, en situaciones de riesgo potencial o real para su salud.
- Actividades de prevención dirigidas a las enfermedades de mayor prevalencia en morbilidad y mortalidad atendidas en los centros de salud, como son las patologías cardiovasculares y las respiratorias, y que están claramente relacionadas con el consumo de ciertas drogas, especialmente tabaco y alcohol.
- Actividades orientadas a la disminución de daños y el control de factores de riesgo para la salud en consumidores habituales de drogas, que pueden o no estar atendidos por otros dispositivos asistenciales.
- Actividades de refuerzo de conductas con estilos de vida saludables relacionados con las drogas.



## 2. Entrevista de orientación

La primera entrevista o entrevista de orientación, es una instancia a partir de la cual se podrán poner en marcha algunas estrategias de intervención acordes a cada situación que se presente.

Los objetivos de esta primera entrevista son:

- Brindar un espacio de contención y escucha.
- Realizar el primer contacto entre la o las personas que solicitan ayuda y el equipo de salud.
- Intervenir sobre el nivel de ansiedad de los consultantes, favoreciendo la disminución de la misma.
- Informar quienes somos y conocer quienes son los consultantes.
- Lograr que exista una segunda instancia adecuada a cada situación específica.

Las posibilidades de consultas por consumo de sustancias pueden ser variadas:

**Familiares y/o amigos de quien consume drogas que asisten solos, motivados por su preocupación ante esta situación.**

**Frente a este escenario es importante:**

- Ofrecer contención a quienes asisten a pedir ayuda y evaluar la situación presentada.
- Evaluar si la persona que presenta la problemática de consumo sabe de la preocupación de los consultantes.
- Alentar la idea de que es posible accionar cambios a pesar de que no asista quien consume. En muchas ocasiones los cambios en el entorno o en personas del entorno, genera movimientos en las otras.

**Personas que consumen drogas y asisten solas a una primera consulta.**

**Frente a esto es importante:**

- Valorar fundamentalmente la actitud de buscar ayuda.
- Evaluar por qué se pide ayuda ahora. En ocasiones existe un desencadenante que moviliza este pedido, conocerlo nos brinda herramientas para una intervención oportuna y para indagar sobre la real motivación.
- Actuar con operatividad, ya que dadas las características propias de esta problemática quien consume drogas suele tener ambivalencias frente esta situación y el pedido de ayuda que presenta hoy puede no sostenerse mañana.
- Indagar sobre la posible existencia de una red de apoyo y contención.
- Informar.
- Concretar una segunda instancia según la situación: esto es una segunda entrevista, una derivación a centros especializados o una oferta terapéutica desde el equipo de salud.

**Personas que consumen drogas y asisten acompañados por un referente de contención, (familia y/o amigos).**

Frente a esta situación es importante

- Valorar la presencia de todos, haciendo referencia a la comprensión de lo difícil de la situación.
- Realizar intervenciones que desdramaticen y posibiliten vislumbrar una solución.
- Evaluar de quien es la motivación para pedir ayuda.
- Determinar porque se pida ayuda ahora y no antes. Saber si el desencadenante es un hecho familiar o personal.
- Brindar según cada situación un espacio de contención para todos los consultantes presentes.
- Brindar información.

**Hay que tener en cuenta que en la primera entrevista debemos evitar:**

- Culpabilizar.
- Pedir información sobre terceros (quienes consumen, quienes venden, donde venden, etc.).
- Maximizar o minimizar las situaciones que se planteen.

- Realizar juicios de valor.
- Ocultar información.
- Asumir posturas de alianza con algunos miembros en detrimento de otros.

Es fundamental poder adecuarse a las distintas situaciones y presentar como equipos de salud, la flexibilidad necesaria que nos permita dar diversas respuestas, lo cual estará en relación a:

- El nivel de atención de salud donde se reciba la consulta.
- Recursos de la institución.
- Redes disponibles.
- Compromiso con el consumo de drogas del consultante.

## 2.a. Entrevista Motivacional

El profesional de la salud cuenta con un lugar privilegiado para recomendar cambios de conductas a los consultantes, cuando así lo requiere la situación. Sin embargo, lograrlo es complejo, pues se deben tener en cuenta los canales de comunicación que se tejen y también la capacidad del profesional para abordar la motivación del paciente para el cambio. Pero además, y quizás en un primer lugar, se debe tener en cuenta para que la intervención sea efectiva, el nivel de motivación que tiene el paciente para producir el mismo. No todas las personas en una primera consulta o cuando se inician en un tratamiento están motivadas para iniciar un proceso de cambio, y mucho menos para mantenerlo.

### 2.a.1. ¿Que es la motivación?

La motivación se puede definir como un estado interno de disposición o ansia para efectuar una conducta, puede fluctuar de una situación a otra, y puede ser modulada e influenciada por factores internos y externos. Es el elemento necesario para poner en marcha el motor del cambio.

### 2.a.2. ¿Qué es la Entrevista Motivacional (EM)?

- La (E.M.) surge en 1983 y fue William Miller quien introduce este nuevo modelo de entrevista en la clínica del consumo de drogas.
- La E.M se define como un método directivo centrado en el consultante que tiene como objetivo promover la motivación intrínseca al cambio. Es una forma concreta para ayudar a las personas a que reconozcan y se ocupen de un problema concreto. Ayuda a resolver la ambivalencia que puede existir frente a las conductas no saludables, y prepara el terreno para el trabajo terapéutico posterior.
- Asiste a las personas que necesitan comenzar y continuar con el proceso de cambio.
- Este enfoque es especialmente útil en consultantes con poca motivación.
- Las investigaciones han demostrado que este modelo de entrevista es útil en un amplio rango de problemas y situaciones clínicas.

### 2.a.3. El entrevistador en el modelo de entrevista motivacional:

- No asume un rol autoritario ni de experto.
- Reconoce que la responsabilidad está en manos del consultante.
- Hace solamente de catalizador del proceso, fundamentalmente escuchando, pero de forma activa, reflexiva, actuando como un espejo en el que el consultante se ve y va descubriendo el camino que desea tomar.
- Cuando aparecen las resistencias, no las confronta sino que intenta que el consultante encuentre sus propias respuestas.
- No adelanta nunca al consultante, ni lo fuerza a que tome decisiones precipitadas.
- Vence la propia ansiedad respecto a tener que hacer algo "enseguida", y a obtener resultados evidentes e inmediatos.

### 2.a.4. Algunas herramientas para la entrevista motivacional

- Escucha reflexiva.
- Preguntas abiertas.
- Señalamiento de los aspectos positivos.
- Favorecimiento de frases de auto motivación.
- Reconocer y trabajar las resistencias.

### 2.a.5. Modelo transteorico de Cambio

El Modelo Transteórico de Cambio postulado en 1982 por Prochaska y DiClemente, permite identificar diferentes niveles de predisposición que puede mostrar una persona -estadios de cambio- cuando se plantea modificar su conducta adictiva.

Elvira Callejo Giménez (2006) dice que: *“Las personas que consiguen una mejora en sus estilos de vida pasan a través de una serie de estadios en la rueda del cambio. Cada estadio registra una actitud mental diferente y necesita una actuación profesional diferente”...*

El modelo de Entrevista Motivacional, permite que el profesional de la salud sepa discriminar el estadio de cambio en que se encuentra cada consultante (de acuerdo a lo descrito anteriormente) y seleccione las estrategias más adecuadas en función del estadio de cambio inicial.

Becoña Iglesias y Maite Cortés plantean que: *...“La Entrevista Motivacional se basa en el respeto al paciente, a sus creencias y escala de valores, intentando estimular su motivación y favorecer su posicionamiento hacia hábitos sanos, enfatizando su propio punto de vista y su libertad de escoger”<sup>43</sup>...*

Todo cambio implica un costo, por lo que es imprescindible que la persona esté motivada para afrontarlos en pos de sus metas. Es importante a su vez, que la persona pueda visualizar el beneficio de ese cambio y de que será capaz de llevarlo adelante, sino será muy dificultoso que se motive ante semejante tarea.

El conocimiento de la dinámica intrínseca a los procesos de cambio, propuesta por Prochaska y DiClemente, permite conocer qué elementos son más frágiles en cada punto del proceso y qué tipo de estrategias son más útiles para incrementar la motivación en cada una de las etapas (Becoña Iglesias, Cortés y otros, 2007).

Por otro lado Elvira Callejo Giménez (2006) plantea que la Entrevista Motivacional: *... “es una forma concreta para ayudar a las personas a que reconozcan y se preocupen de un problema concreto. Ayuda a resolver la ambivalencia que existe en las conductas no saludables y prepara el terreno para el trabajo terapéutico posterior. Profundiza en los motivos por los que se mantiene un hábito y por los que habría que dejarlo”...*

<sup>43</sup> Becoña Iglesias, E; Cortés Tomas, M. y otros: “Guía Clínica de Intervención Psicológica en Adicciones”. Ed. SocidrogaAlcohol, Barcelona, 2007.

Las siguientes, son las etapas planteadas por Prochaska y DiClemente, que a los fines didácticos están presentadas de manera esquemática:

ETAPA	DESCRIPCIÓN	¿QUÉ HACER?
PRECONTEMPLACIÓN	En esta etapa el paciente o el familiar no han considerado que tengan un problema o que necesiten introducir un cambio en alguna conducta. No se pueden visualizar los perjuicios de consumir drogas.	En esta situación, lo único que puede ofrecer el profesional es información y feed-back a fin de que pueda aumentar su conciencia del problema, la duda y la percepción de los riesgos.
CONTEMPLACIÓN	Se comienza a tomar conciencia del problema, pero la situación es de ambivalencia, pues aún no tiene mucho peso las razones a favor del cambio.	Intervenir favoreciendo el cambio: que el paciente pueda decir las razones para cambiar, y aumentar la sensación de autoeficacia en relación a los cambios deseados. Uno de los principales motivos para no plantearse el cambio en una conducta, es la escasa confianza en las posibilidades de conseguirlo con éxito.
DETERMINACIÓN	La persona comienza a inclinar la balanza a favor del cambio, las razones para que ello suceda tienen más peso. Se prepara para la acción, puede tomar una decisión a favor de ello, y comenzar a realizar pequeños cambios.	Fortalecer y acompañar la decisión de iniciar un cambio y sugerir en consecuencia la estrategia terapéutica más oportuna.
ACCIÓN	Es la etapa en que se lleva a cabo el proceso de cambio de la conducta, y los cambios son notorios. Es una etapa bastante inestable por el alto riesgo de recaída.	Acompañar terapéuticamente.
MANTENIMIENTO Y RECAÍDA	Se trabaja para consolidar los cambios realizados durante el estadio de acción. El objetivo es mantener el cambio conseguido y prevenir la recaída.	Si se produce una recaída la labor del terapeuta es evitar la desmoralización y continuar el cambio inicialmente planteado.

Las estrategias que se utilizan entonces, son más de persuasión y apoyo que coercitivas o de discusión. Es importante que en todos los contactos con el consultante, se haga hincapié en los motivos para el cambio que deberán ser expuestos por ÉL, y no por el profesional. Es probable que aparezca la reticencia al cambio, que se comiencen a poner objeciones para llevar adelante el proceso. Es conveniente no rebatirlas, sino ayudar y motivar para que el mismo paciente encuentre los argumentos para continuar por el camino del cambio.

Algunos de los principios de la Entrevista Motivacional que Callejo Giménez (2006) plantea son:

- **Expresar empatía**

La empatía es el principio de aceptación. Al aceptar al paciente tal y como es, éste se encuentra más libre para poder decidir cambiar.

- **Crear la discrepancia**

Si bien es importante que la persona se sienta aceptada, hay que conseguir, también, enfrentar al paciente con la parte de la realidad que no es placentera, crear una disonancia cognitiva entre lo que es y lo que querría ser.

- **Evitar la discusión**

La discusión con el consultante, genera resistencias y conductas defensivas en él, lo cual no favorece el proceso terapéutico; cuando esto sucede, nos indica que debemos cambiar de estrategia.

- **Fomentar la autoeficacia**

Debemos trabajar señalando la capacidad de cambio que el paciente presenta, al encontrarse con realidades desagradables, y ofrecernos a acompañar el camino de dicho cambio.

### 3. Abordaje Familiar

A partir de la década del sesenta y en continua ascendencia hasta la década actual, el modelo de abordaje familiar de los consumos problemáticos de drogas ha

sido de gran relevancia debido a su comprobada eficacia en torno a este tema.

Marcos Sierra y Garrido Fernández (2009) en un trabajo de publicación electrónica realizan un recorrido histórico acerca del trabajo con las familias en el tratamiento de las adicciones, planteando la importancia de incluir a la familia en el abordaje de la problemática.<sup>44</sup> Expresan que:

1. Las terapias basadas en la familia con jóvenes drogodependientes, logran más éxito en conseguir comprometer a las familias en los procesos de tratamiento, que las intervenciones estándar.

2. La adherencia y permanencia en el tratamiento es mayor en los programas terapéuticos que incluyen la intervención desde la perspectiva familiar.

3. Los abordajes familiares consiguen reducir el nivel de consumo de drogas posttratamiento y a este respecto se muestran más eficaces que la terapia individual, la terapia de grupo de adolescentes, y la psicoeducación familiar. Además, reducen las conductas disfuncionales asociadas (por ejemplo, disminuye el número de detenciones policiales posttratamiento, la agresividad y las conductas antisociales).

4. Los adolescentes drogodependientes que fueron tratados con intervenciones familiares lograron un mejor funcionamiento escolar que los que realizaron tratamientos alternativos.

5. La terapia familiar consigue mejorar de forma significativa el funcionamiento de los adolescentes drogodependientes en su núcleo familiar (comunicación, ambiente, flexibilidad, disminución de conflictos, etc.).

El trabajo con familias permite:

- Obtener datos más completos sobre la situación de consumo y el contexto.
- Que los familiares puedan colaborar en proceso de tratamiento, sin atribuir al terapeuta la responsabilidad total en la realización de cambios necesarios.
- Que la familia ensaye y ponga en práctica nuevas conductas funcionales, como el establecimiento de límites y nuevos estilos de comunicación.
- Que todos los integrantes de la familia asuman su parte en la situación, sacando el foco sobre la persona que consume drogas.
- Que la familia haga una revisión de sus propias posturas respecto del consumo de drogas, y otros temas conflictivos, tomando decisiones respecto de los cambios que les gustaría realizar.

<sup>44</sup> Citan a Ozechowski y Liddle (2000).

#### 4. Diagnóstico por consumo de sustancias

A la hora de hacer un diagnóstico relacionado con drogas, debemos evaluar varios aspectos que dan cuenta de diferentes efectos, situaciones y compromisos establecidos con las sustancias.

A los fines prácticos, recurrimos al uso de manuales estadísticos y diagnósticos internacionales que nos presentan criterios consensuados por la comunidad científica respecto de los criterios diagnósticos: DSM IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales - American Psychiatric Association - ), y el CIE 10 (Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud - Organización Panamericana de la Salud).

##### 4.a. Dependencia de sustancias<sup>45</sup>

A) Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
  - a) Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
  - b) El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
  - a) El síndrome de abstinencia característico para la sustancia (criterio A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas).
  - b) Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
3. La sustancia se toma con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.
4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.

<sup>45</sup> DSM IV

5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (por ejemplo, visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (por ejemplo, una dosis tras otra), o en la recuperación de los efectos de la sustancia.
6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (por ejemplo, consumo de cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera).

Especificar si:

**Con dependencia fisiológica:** signos de tolerancia o abstinencia (p. ej., si se cumplen cualquiera de los puntos 1 o 2).

**Sin dependencia fisiológica:** no hay signos de tolerancia o abstinencia (p. ej., si no se cumplen los puntos 1 y 2).

##### 4.b. Abuso de sustancias

A) Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:

1. Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (por ejemplo, ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa);
2. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (por ejemplo, conducir el automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia);
3. Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (por ejemplo, arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia);

4. Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (por ejemplo, discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física).

B) Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia.

#### 4.c. Intoxicación por sustancias

A) Presencia de un síndrome reversible específico de una sustancia debido a su ingestión reciente (o a su exposición). Nota: diferentes sustancias pueden producir síndromes idénticos o similares.

B) Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos debidos al efecto de la sustancia sobre el sistema nervioso central (p. ej., irritabilidad, labilidad emocional, deterioro cognoscitivo, deterioro de la capacidad de juicio, deterioro de la actividad laboral o social), que se presentan durante el consumo de la sustancia o poco tiempo después.

C) Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

### 5. Emergencias Toxicológicas

Teniendo en cuenta que la gran mayoría de los cuadros de intoxicación por drogas son atendidos en unidades de Guardia general -y no por equipos especializados en toxicología o adicciones- es importante conocer algunas particularidades de estos cuadros así como realizar una interconsulta con servicios especializados.

Todo cuadro de intoxicación por sustancias de abuso adecuadamente tratado en servicios de Guardia general debe ser, luego de su estabilización, la puerta de entrada hacia un tratamiento específico.

Las diferentes sustancias de abuso se manifiestan a través de una asociación sintomática que les es propia con características específicas según las condiciones de consumo.

Para el diagnóstico y tratamiento se describen los cuadros clínicos más frecuentes de acuerdo con la signo sintomatología que surge como más evidente, a la que se le suman otros signos y síntomas, que son propios de cada sustancia de abuso en particular.

Es importante recordar que es común la asociación de dos o más de estas sustancias, ya sea por la búsqueda de los efectos de esa asociación o por una adulteración de la droga que el paciente desconoce (cocaína adulterada con anfetamina, etc.) por lo que los cuadros clínicos pueden ser variables.

El abordaje en los servicios de salud de pacientes con este tipo de cuadro requiere de una respuesta rápida y adecuada por parte del equipo médico, lo que implica la capacidad de poder realizar un diagnóstico diferencial del cuadro, lo que permitirá a su vez un abordaje apropiado de la emergencia.

Cuando se trata de intoxicación por consumo de sustancias psicoactivas es necesario entender algunas particularidades que estos pacientes pueden presentar:

- Los trastornos comportamentales que suelen acompañar a cuadros de intoxicación o abstinencia, muchas veces generan disturbios en el contexto de los servicios de salud que habitualmente se encuentran superpoblados de pacientes con otras patologías.
- Las actitudes de impulsividad y agresividad ligadas a cuadros psicopatológicos que muchas veces presentan estos pacientes dificultan la relación médico-paciente.
- Se suelen presentar dificultades para la asistencia de este tipo de pacientes cuando se encuentran solos, ya que en muchos casos son traídos y dejados en la Guardia sin referentes que puedan brindar información. El equipo de salud no encuentra en quien delegar el cuidado del paciente y posterior seguimiento del mismo.<sup>46</sup>

Estas dificultades muchas veces generan en los equipos de salud reacciones encontradas; por lo cual es necesario entender la especificidad de estas emergencias para poder operar en las situaciones con mayor seguridad y profesionalidad.

Sumado a lo anterior, estas situaciones suelen imponernos actuar con rapidez, por lo que los protocolos de emergencias pueden ser de mucha utilidad en estas instancias en lo que al abordaje clínico respecta.

<sup>46</sup> Guía para los servicios de salud. Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires. Material elaborado por la Subsecretaría de Atención a las Adicciones del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, con la colaboración de la Dr. Ana M. Girardelli, jefa del Servicio de Toxicología del Hospital Interzonal Especializado en Pediatría "Superiora Sor María Ludovica" de La Plata ( Hospital de Niños).

En cualquier tipo de emergencia es necesario el contacto con algún familiar o referente del paciente tanto para que nos brinde información, así como también para que una vez atravesado el cuadro de emergencia, podamos brindarle información sobre los pasos a seguir en cuanto a una derivación adecuada a un tratamiento específico según el caso.

### 5.a. Evaluación clínica

En un primer momento y siguiendo el protocolo de actuación de cualquier situación de urgencia médica se deberá realizar el soporte de las funciones vitales:

- Evaluación de función respiratoria,
- estado hemodinámico,
- y estado de conciencia.

Considerar que la falta de diagnóstico etiológico no debe demorar la asistencia.

La detección de estos **signos de alarma** implica riesgo inminente para la vida del paciente y necesidad de atención en unidades de mayor complejidad:

- Tensión Arterial Sistólica > 220 o < 80 mmHg.
- Tensión Arterial Diastólica > 120 mmHg.
- Frecuencia Cardíaca > 120 o < 50 x min.
- Frecuencia Respiratoria > 25 o < 8 x min.
- Glasgow < 9
- Temperatura > 40 o < 35 °C
- Saturación O<sub>2</sub> < 90 con O<sub>2</sub> al 100%

### 5.b. Evaluación toxicológica<sup>47</sup>

A continuación se presentan los síndromes más frecuentes para realizar diagnósticos diferenciales:

<sup>47</sup> Guía para los servicios de salud. Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires

EN CASO DE QUE EL PACIENTE PRESENTE:	PENSAR EN INTOXICACIÓN CON:
<b>Excitación psicomotriz</b> <b>Midriasis</b> <b>Taquicardia</b> <b>Hipertensión arterial</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Cocaína en todas sus formas:</b> hipertermia, diaforesis, rigidez, paranoia. Complicaciones: arritmias cardíacas, infarto agudo de miocardio, convulsiones.</li> <li>• <b>Pasta base:</b> neumonitis.</li> <li>• <b>Anfetaminas</b></li> <li>• <b>Metilendioximetanfetamina (éxtasis):</b> hipertermia, diaforesis, rigidez, bruxismo patognomónico, alucinaciones.</li> <li>• <b>Ketamina:</b> nistagmo rotatorio, horizontal o vertical; alucinaciones, comportamiento bizarro, cuadro psicótico frecuentemente paranoico. Las pupilas pueden ser midriáticas, intermedias o mióticas.</li> <li>• <b>Atropina y similares:</b> enrojecimiento cutáneo, hipertermia, sequedad de mucosas, retención urinaria, disminución del tránsito intestinal, alucinaciones. Complicaciones: convulsiones.</li> <li>• <b>Solventes volátiles</b> (hidrocarburos: nafta, pegamentos, aerosoles, etc.): Producen cuadros de euforia inicial de corta duración con posterior somnolencia, dermatitis perioral irritativa, conjuntivitis, irritación de la vía aérea. Complicaciones: arritmias cardíacas.</li> <li>• <b>Síndrome de abstinencia de Alcohol:</b> (temblor, náuseas, vómitos, insomnio, alucinaciones) o de opiáceos: vómitos, diarrea, cólicos intestinales, piloerección, sudoración, palidez, "ojeras".</li> </ul>
<b>Sensorio alternante</b> <b>Taquicardia o Bradicardia</b> <b>Hipotensión Arterial - Hipotonía</b> <b>Muscular - Hipotermia</b> <b>Hipertensión Arterial</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Alcohol:</b> miosis, aliento etílico, ataxia, hipoglucemia.</li> <li>• <b>Marihuana:</b> midriasis, inyección conjuntival, alucinaciones.</li> <li>• <b>Nitritos inhalantes (poppers):</b> alucinaciones, hipotensión severa (hipoxia por hipoperfusión tisular), duración de acción corta.</li> <li>• <b>Opiáceos:</b> (tríada) depresión del sistema nervioso central (SNC), depresión respiratoria, miosis puntiforme.</li> </ul>

EN CASO DE QUE EL PACIENTE PRESENTE:	PENSAR EN INTOXICACIÓN CON:
<p><b>Depresión del sensorio o coma.</b></p> <p>Descartar siempre en estos casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Traumatismo craneoencefálico (que incluso puede estar asociado).</li> <li>• Estado posictal (que incluso puede estar asociado).</li> <li>• Intoxicación con Monóxido de carbono.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Alcohol:</b> miosis, aliento etílico, hipotonía muscular, hipotermia.</li> <li>• <b>Opiáceos:</b> (triada) depresión del sensorio, depresión respiratoria, miosis puntiforme.</li> <li>• <b>Benzodiacepinas:</b> hipotonía muscular, conservación de la funcionalidad del aparato cardiorrespiratorio.</li> <li>• <b>Antiparkinsonianos:</b> distonías, rigidez muscular.</li> <li>• <b>Barbitúricos:</b> depresión respiratoria.</li> <li>• <b>Alcohol + benzodiacepinas:</b> depresión respiratoria.</li> <li>• <b>Solventes volátiles (i.e., hidrocarburos):</b> midriasis, taquicardia, hipertensión arterial.</li> <li>• <b>Ketamina:</b> midriasis, alucinaciones, parálisis de los cuatro miembros.</li> </ul>
<p><b>Síndrome anticolinérgico:</b> <b>Agitación - Midriasis - Taquicardia</b> <b>Hipertensión Arterial - Hipertermia</b></p> <p>Este cuadro se debe distinguir de la intoxicación con simpaticomiméticos por la presencia de rubicundez, piel y mucosas secas, tránsito intestinal enlentecido y retención urinaria, puede haber alucinaciones. Complicaciones posibles: coma, convulsiones; ocasionalmente arritmias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Antiparkinsonianos:</b> biperideno, trihexifenidilo (Artane).</li> <li>• <b>Antiespasmódicos gastrointestinales:</b> atropina, hioscina (escopolamina).</li> <li>• <b>Antihistamínicos:</b> difenhidramina, clorfeniramina, hidroxicina.</li> <li>• <b>Antipsicóticos:</b> tioridazina, clorpromazina (fenotiazinas), haloperidol.</li> <li>• <b>Antidepresivos tricíclicos:</b> amitriptilina, imipramina, nortriptilina, doxepina: arritmias graves.</li> <li>• <b>Medicación antiglaucomatosa:</b> ciclopentolato.</li> <li>• <b>Plantas alucinógenas:</b> belladona, beleño, mandrágora, floripondio, nuez moscada (miosis).</li> </ul>
<p><b>Alucinaciones</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Alcohol + benzodiacepinas:</b> depresión del sensorio o coma, hipotonía muscular.</li> <li>• <b>Marihuana:</b> alucinaciones con somnolencia. Alucinosis, midriasis, inyección conjuntival, desorientación temporoespacial, disestesias.</li> <li>• <b>Solventes volátiles</b> (e.g., hidrocarburos)</li> <li>• <b>Cocaína:</b> pasta base ("paco")</li> <li>• <b>Anfetaminas</b></li> <li>• <b>Éxtasis</b></li> <li>• <b>Nitrito de amilo, cloruro de etilo, nitrito de butilo</b> (poppers)</li> <li>• <b>Ketamina</b></li> <li>• <b>Plantas alucinógenas</b> (floripondio, chamico, ayahuasca, cactus -peyote, San Pedro-): midriasis, hipertermia, sequedad de piel.</li> <li>• <b>Ciertos hongos:</b> Amanita muscaria, Clitocybe, Psilocybe ("cucumelo")</li> <li>• <b>Ácido lisérgico (LSD):</b> alucinaciones con hipervigilancia, ilusiones visuales, midriasis con visión borrosa.</li> </ul>

### 5.c. Tratamientos específicos por sustancias<sup>48</sup>

ALCOHOL ETILICO		
SINTOMAS	TRATAMIENTO	COMPLICACIONES
<p><b>Depresión del sensorio,</b> <b>Miosis,</b> <b>Hipotermia</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estabilizar función CVS y respiratoria.</li> <li>• Métodos de eliminación: considerar el beneficio de realizar lavado gástrico si la ingesta ha sido masiva, muy reciente o si se presupone ingestión múltiple de riesgo.</li> <li>• En caso de hipoglucemia severa administrar suero Glucosado Hipertónico al 25 o 50 % IV. lento (Dosis 0,5 - 1 g / Kg).</li> <li>• Los pacientes con hipotermia responden al calentamiento externo por medios físicos.</li> <li>• En alcohólicos crónicos: Tiamina 50 - 100 mg IV y proseguir con 50 mg o mayor dosis por día por vía oral hasta que el paciente pueda incorporar una dieta apropiada.</li> <li>• Sujeción o sedación. Si cursa con agitación psicomotriz Haloperidol 5-10 mg IM.</li> </ul>	<p>Hipoglucemia.</p> <p>Hipotermia.</p> <p>Hiponatremia.</p> <p>Acidosis metabólica.</p> <p>Neumonía por aspiración de contenido gástrico.</p> <p>Crisis convulsivas.</p> <p>Arritmias supraventriculares.</p> <p>Traumatismo craneoencefálico asociado.</p> <p>Síndrome de Mallory-Weiss.</p> <p>Hepatitis alcohólica aguda.</p>
<p>La valoración de estos pacientes requiere control de temperatura y tensión arterial, exploración neurológica. Hemograma, Hematocrito, Hepatograma, Glucemia, Ionograma, Ca - Mg, Gasometría, Rx. Tórax. Se complementará con Alcoholemia, dosaje de Drogas de Abuso y todo otro examen necesario para descartar comorbilidad.</p>		

<sup>48</sup> Ídem



El **Síndrome de abstinencia** puede comprometer la vida del paciente cuando el hábito alcohólico ha sido prolongado o existen antecedentes de comorbilidad orgánica asociada.

El descenso rápido de los niveles habituales de alcohol en sangre se manifiesta por temblor distal en las manos, ansiedad, insomnio, náuseas, vómitos, taquicardia, sudoración, hipertensión arterial, calambres, hiperreflexia, ilusiones o alucinaciones, depresión o agitación. Ocasionalmente convulsiones. Puede progresar a aluminosis alcohólica o delirium tremens.

El **delirium tremens** constituye una urgencia médica. El paciente presenta estado confusional con obnubilación de la conciencia y trastornos sensorceptivos, especialmente alucinaciones visuales y táctiles de contenido siniestro (microzoopsias).

Esta situación favorece la aparición de agitación motora y conducta agresiva. Cursa con fiebre, sudoración profusa, hipertensión, taquicardia producto de hiperactividad del sistema nervioso autónomo. La mortalidad se estima entre el 10 y el 20 por ciento por trastornos hidroelectrolíticos graves o hiperpirexia.

#### Tratamiento:

- Es imprescindible evitar tanto la sobreestimulación como el aislamiento.
- Control estricto de signos vitales,
- Hidratación parenteral y corrección hidro-electrolítica.
- Vitaminoterapia.
- Búsqueda de complicaciones asociadas.
- Sedación: si el paciente presenta síntomas abstinenciales francos, que pueden progresar hasta el estado confusional con excitación psicomotriz, debe administrarse inmediatamente Diazepam, realizando una carga de 20 mg por vía IV y luego administrarlo con una frecuencia máxima de 5 mg cada 5 minutos hasta lograr la sedación, titulando la dosis diaria para luego instalar un plan por vía oral.
- En caso de hepatopatía grave y comprobada, se debe administrar lorazepam IM a dosis no mayores de 8 mg/día. En casos más leves, puede recurrirse a la cabamazepina, con dosis de 100mg cada cuatro horas y continuar con 200 mg cada 6 hs. por 10 o más días.
- En ningún caso de delirium tremens debe administrarse haloperidol, puesto

que disminuye sensiblemente el umbral convulsivo y no tiene tolerancia cruzada con el alcohol.

- En caso de hipertermia regular la temperatura ambiental, recurrir a métodos físicos o lavado gástrico con solución salina helada. Los antipiréticos suelen ser inefectivos.

#### CANNABIS (Marihuana)

SINTOMAS	TRATAMIENTO
Aparición de cambios conductuales desadaptativos como euforia, ansiedad, suspicacias o ideas paranoides alteraciones perceptuales. Posible aparición de crisis de pánico más común en jóvenes y en etapas iniciales del consumo. Inyección conjuntival. Taquicardia. Sequedad bucal.	En caso de que los cuadros ansiosos (Ej. ataques de pánico) o paranoides no cedan, se deben administrar sedativos (benzodiazepinas: clonazepam, lorazepam, diazepam, en cualquiera de sus formas) o tranquilizantes mayores (prometacina, levomepromacina, oral o inyectable), solamente para controlar los cuadros críticos.

#### INHALANTES

Compuestos volátiles presentes en lacas, pegamentos, disolventes, combustibles, aerosoles, etc. Son fundamentalmente hidrocarburos aromáticos (tolueno o similares) y freones (fluorocarbonados).

SINTOMAS	TRATAMIENTO
Confusión, incoordinación, evidencias externas de consumo. El inicio de los síntomas es rápido. En minutos se observa euforia, desinhibición, hiperactividad, alucinaciones visuales y auditivas (tolueno - nafta). Por acción irritante sobre piel y mucosas es frecuente la presentación de tos, estornudos, náuseas o vómitos y sialorrea. La prolongación del acto de consumo da lugar a los fenómenos característicos de los depresores centrales: confusión, desorientación, incoordinación, ataxia, disartría, hiporreflexia, seguidos de convulsiones, coma y depresión cardiorrespiratoria.	Sintomático. Oxigenoterapia. En la primera etapa no administrar depresores. Está contraindicado el uso de aminas simpaticomiméticas. No se han descrito síndromes de abstinencia física. En caso de excitación psicomotriz, se debe utilizar haloperidol, cual si se tratara de un cuadro confusional de base orgánica.

## COCAINA

Hojas de coca, pasta base, clorhidrato de cocaína, cocaína base ("crack") pueden considerarse diferentes formas de presentación del principal alcaloide: el Erythroxyton coca. Cada forma plantea diferencias en la concentración del principio activo, en los compuestos asociados y, fundamentalmente, determina la vía de administración. La vía de administración está directamente vinculada al tiempo de presentación e intensidad del efecto tóxico y más importante aún, se relaciona con el grado de adicción. Cuando la vía usada facilita que la sustancia alcance rápidamente una concentración efectiva en SNC, se favorece un patrón progresivo de consumo y en consecuencia, el desarrollo rápido de adicción.

SINTOMAS	TRATAMIENTO	COMPLICACIONES
<p><b>El consumo de cocaína</b> provoca estado eufórico, hiperactividad, líbido incrementado, disminución del apetito, aumento del rendimiento, insomnio, más otras manifestaciones no deseadas por el consumidor: inquietud, mareos, temblor, midriasis, cefalea, hipertensión arterial, taquicardia, palpitaciones. En caso de sobredosis se observa agitación, disforia, conducta agresiva, aumento de la temperatura corporal, hiperreflexia, fasciculaciones musculares, dolor precordial, hipertensión marcada, taquiarritmias. En su máxima intensidad se desarrolla excitación psicomotriz, alucinaciones, ideación paranoide, convulsiones y coma. <b>Si el consumo es de pasta base</b>, se presenta midriasis, taquicardia, hipertensión, dificultad respiratoria. Puede presentarse neumotórax, hemorragia alveolar difusa, exacerbación de asma y quemaduras térmicas de las vías aéreas. Considerar la vulnerabilidad de estos pacientes que suelen presentar diversos grados de desnutrición, deterioro orgánico multisistémico (Miocardiopatía, daño renal, disfunción hepática), propensión a infecciones y alteraciones cognitivas y conductuales de origen tóxico. Además suelen presentar ulceraciones en la mucosa lingual, bucal y faríngea. <b>La evaluación requiere:</b> Rutina completa, Hepatograma, Coagulograma, CPK - Troponina, Monitoreo cardíaco - ECG, Ecocardiografía, Tomografía Computada y Dosaje de Drogas de Abuso.</p>	<p>Ambiente calmado y uniforme. Penumbra. Disminución al máximo de estímulos externos. Los casos de excitación psicomotriz requerirán sedación, puesto que aún no se cuenta con antagonistas farmacológicos específicos. En realidad, debiera evitarse agregar cualquier medicación e incluso considerar la posibilidad de recurrir a la contención mecánica. En caso de utilizar medicación se deben indicar benzodiacepinas, preferentemente lorazepam por vía IM u otras alternativas posibles.</p>	<p>Muerte por paro cardiorrespiratorio o accidente cerebrovascular. Circunstancias relacionadas a la dosis, estado de salud previo y en especial el consumo simultáneo de otras drogas incrementan la posibilidad de presentar complicaciones. Las más frecuentes y severas se originan por acción tóxica sobre el sistema cardiovascular:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipertensión, accidentes cerebro vasculares (ACV) hemorrágico o isquémico, infartos renales múltiples, alteraciones útero-placentarias, etc.</li> <li>• Arritmias (Fibrilación auricular, Taquicardia supraventricular, Taquicardia ventricular y Torsades de pointes). Fibrilación ventricular es la causa más frecuente de muerte por cocaína.</li> <li>• Infarto Agudo de Miocardio (IAM): Descartar intoxicación por cocaína en caso de dolor torácico en menores de 45 años.</li> <li>• Disección aórtica (infrecuente)</li> </ul> <p>Entre las complicaciones ajenas al efecto tóxico vascular, merecen citarse las crisis convulsivas y el síndrome de hipertermia maligna.</p>

El siguiente cuadro<sup>49</sup> muestra la duración del efecto, según la forma en que se consume la coca.

COCA				
FORMA DE ABUSO	CONCENTRACIÓN	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	CONCENTRACIÓN MÁXIMA	DURACIÓN DEL EFECTO
Hojas de coca	0.5 – 1.5 %	Oral (Mucosa o ingestión)	60 min.	60 min.
Pasta base de cocaína	40 – 85 %	Respiratoria (Fumada)	8 – 10 seg.	5 – 10 min.
Clorhidrato de cocaína	12 – 75 %	12 – 75 % Parental	Tópica (Nasal, oral, genital)	10 min.
Cocaína base ("crack")	30 – 80 %	Respiratoria (Inhalada/fumada)	8 – 10 seg.	8 – 10 seg.

## BENZODIACEPINAS (BZC)

La toxicidad es un aumento de los efectos propios de la droga en relación directa a la dosis y al desarrollo de tolerancia. Es común que su utilización sea secundaria o asociada a otra droga de abuso. El riesgo de vida en caso de sobredosis queda reservado a la asociación con otros depresores.

SINTOMAS	TRATAMIENTO
<p>Depresión del sensorio, laxitud, disminución de la capacidad de respuesta, somnolencia, hipotonía muscular, incoordinación motora, ataxia, desorganización del pensamiento, confusión, disartria, respuesta pupilar lenta. Amnesia anterógrada, estupor, coma.</p>	<p>Métodos de eliminación: en los pacientes con antecedente de ingesta y aún asintomáticos se practicarán métodos de eliminación. Favorecer diuresis. Evoluciona favorablemente en 24 hs. Flumazenil 0,25 mg en 1' hasta 3 veces. Niños: 0,01 mg/Kg. Repetir cada minuto hasta dosis total 2 mg si persiste clínica. Perfusión 0,1-0,4 mg/h</p>

<sup>49</sup> Ídem

El **Síndrome de abstinencia** se presenta en cualquier paciente que recibe por varios meses dosis diarias medias o altas de benzodiazepinas, luego de la interrupción brusca del fármaco. La intensidad de los síntomas es variable. Frecuentemente, la presentación clínica se reduce a síntomas menores: irritabilidad, anorexia, náuseas, palpitaciones, cefalea, temblor, sudoración, alteraciones del sueño. Una anamnesis prolija revelará intentos fallidos para suprimir el fármaco y empleo de dosis crecientes. Manifestaciones mayores incluyen: estados confusionales, alteraciones de la percepción, delirio y raramente, convulsiones.

Tratamiento: BZD de acción prolongada. Diazepam o Clonazepam por vía oral a dosis equivalente a la que estaba tomando el paciente, hasta la desaparición de los síntomas y luego disminución paulatina de dicha dosis.

El recién nacido de madre dependiente a benzodiazepinas, presenta síndrome de abstinencia con hipertensión, irritabilidad, llanto, taquipnea y temblores.

#### Tratamiento:

- Hidratación.
- Disminución de estímulos externos.

OPIACEOS		
Son compuestos naturales, sintéticos o semisintéticos derivados del opio, como morfina, codeína, meperidina, metadona, etc.		
SINTOMAS	TRATAMIENTO	COMPLICACIONES
Miosis puntiforme, depresión respiratoria, coma. La intoxicación aguda se manifiesta por euforia, sensación de bienestar, calor, zumbidos en los oídos, somnolencia, prurito, miosis, "sensación de picor", hipotonía muscular asociados a alteración de la memoria y la atención, retardo psicomotor y deterioro del juicio. Dosis mayores a las habituales para el consumidor pueden producir estupor, coma, pupilas puntiformes, depresión respiratoria, hipotensión arterial, cianosis, piel fría y húmeda.	Antagonistas opiáceos. Naloxona 0,1 mg/kg.	Muerte por paro respiratorio o complicaciones: shock, neumonía, edema agudo de pulmón.

#### ANTIPARKINSONIANOS

En nuestro medio se usa casi exclusivamente el Clorhidrato de Trihexifenidilo asociado con cerveza.

SINTOMAS	TRATAMIENTO
Confusión, alucinaciones, síntomas de estimulación simpaticomiméticas (midriasis, taquicardia, disquinesias).	Facilitar diuresis. Agitación extrema: haloperidol

El Síndrome de abstinencia a opiáceos puede comprometer la vida del paciente.

La presentación clínica y potenciales complicaciones dependen de múltiples factores: características constitucionales del individuo, condición clínica, patologías orgánicas y psicopatologías asociadas, tiempo de consumo, dosis y frecuencia de consumo, tipo de compuesto (el momento de presentación después de la última dosis, el período de mayor intensidad y el tiempo de recuperación varían según el compuesto utilizado).

Inicialmente se observa lagrimeo, rinorrea, bostezos, sudoración, sueño agitado, midriasis, piloerección, anorexia, inquietud, irritabilidad, temblor. En el período de mayor intensidad, náuseas y vómitos, diarrea, debilidad, taquicardia, hipertensión, escalofríos, rubor, espasmos dolorosos abdominales, dorsales y en miembros inferiores. Eyaculación en el hombre y orgasmo en la mujer. Deshidratación, disminución de peso, hiperglucemia, alteraciones hidroelectrolíticas graves.

#### Tratamiento:

- Se debe recurrir al protocolo de utilización de clonidina (5 microgramos/Kg.), el cual exige precisión en la dosificación y la extensión de su utilización. Por infusión continua, adaptando la dosis a la respuesta del paciente.
- Control continuo de Tensión arterial.
- Corrección hidroelectrolítica.
- De no contar con clonidina, se deben administrar otros opiáceos a modo de sustitución (Ej. dextropropoxifeno a dosis equivalentes al opiáceo que esté recibiendo el

paciente, titulando la dosis diariamente) y sedativos (prometacina, levomepromina y benzodiazepinas) por las vías posibles.

### METANFETAMINAS

Comprendidas dentro de las denominadas "drogas de diseño", el compuesto de uso más extendido es la 3,4 - metilendioximetanfetamina (MDMA) reconocida popularmente como "Éxtasis".

SINTOMAS	TRATAMIENTO	COMPLICACIONES
<p>Midriasis, temblor, hipertonia mandibular, hipertermia</p> <p>El efecto buscado por los consumidores es la capacidad de esta droga de inducir un estado emocional caracterizado por empatía, sensación de positiva sensualidad y euforia. Esta condición se acompaña de alteraciones perceptivas, sequedad bucal, sudoración, palpitaciones, taquicardia, temblor y parestesias (hormigueos).</p> <p>El efecto adverso más común es el aumento del tono muscular de los músculos de la mandíbula manifestado por trismus y/o bruxismo.</p> <p>La evaluación requiere hemograma, hepatograma, función renal, monograma, CPK, equilibrio ácido-base y monitoreo cardíaco.</p>	<p>El lavado gástrico puede ser de utilidad si la ingesta fue reciente. Plan de hidratación parenteral. Corrección de los trastornos hidroelectrolíticos y del equilibrio ácido-base. En caso de hipertermia regular la temperatura ambiental, recurrir a métodos físicos o lavado gástrico con solución salina helada. Los antipiréticos suelen ser inefectivos.</p> <p>En el caso de la excitación psicomotriz se la manejará farmacológicamente con haloperidol, debiendo evitarse de ser posible las benzodiazepinas por el riesgo de potenciación por ingesta de otros sedativos.</p>	<p>El aumento de la dosis no se corresponde con un incremento de los efectos buscados, sin embargo potencia la probabilidad de sufrir complicaciones orgánicas: hipertensión arterial, arritmias cardíacas, hipertermia, deshidratación, espasticidad muscular, rabdomiólisis, insuficiencia renal aguda.</p> <p>La asociación con otras sustancias, sea debido a tratamientos farmacológicos o drogas de abuso, especialmente alcohol, y los pacientes con cardiopatías previas, comportan un riesgo adicional.</p>

MATERIAL DE APOYO

## Capítulo 5

**MUNICIPIOS**  
**EN ACCION**

## 1. Políticas Públicas

### 1.a. Concepto

#### ¿Qué es y qué no es?

La **Política Pública** es el conjunto de proyectos y actividades diseñadas y gestionadas coherentemente por un Estado a través de su Gobierno, cuyo objeto es la distribución de determinados bienes o recursos a la Sociedad de acuerdo con las necesidades de la misma.

Es importante destacar que no todas las políticas son públicas. Una empresa, un club barrial, una Asociación tienen políticas, es decir, criterios de ordenamiento de sus instituciones. Ahora bien, la Política es pública cuando el responsable de su desarrollo es el Estado y su destino es el beneficio de la Sociedad en general con estas políticas. Es decir, *“lo público de las políticas públicas es la intersección de lo Estatal y lo Social”*<sup>50</sup>

*“Todas las organizaciones son públicas”*

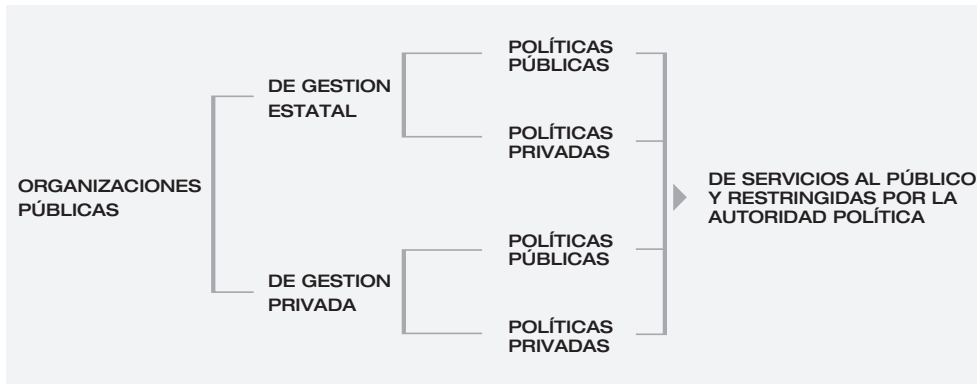
El debate sobre las políticas **públicas** trajo consigo la apertura al análisis de las organizaciones, tanto estatales como de la Sociedad Civil. El debate se centraba entonces en la relación entre las organizaciones y sus políticas. En este sentido, debemos reconocer a todas las organizaciones como públicas. Luego, cada una de ellas tendrá políticas privadas y políticas públicas.

Entendemos que *todas las organizaciones son públicas en tanto ejercen autoridad política o son restringidas por ella*,<sup>51</sup> y en cuanto sus servicios se destinan al público en general (aun cuando se trata de organizaciones de gestión privada). Ejemplo de ello es una Universidad de gestión privada que acata las reglas de la política educativa estatal y que, claro, está destinada a ofrecer sus servicios a todo el público en general (desde los cursos que ofrece hasta las investigaciones específicas o los voluntariados de sus organizaciones internas).

El poder público establece un orden político que influye en todas y cada una de las áreas de una sociedad, de modo que cualquier organización debe, de una forma u otra, reconocer en las normas legales, en las disposiciones de los organismos de control o en los registros públicos existentes, la guía del Estado en sus acciones cotidianas.

<sup>50</sup> García Delgado, D. (1996) *Estado y Sociedad. La nueva relación a partir del cambio estructural*. Editorial Norma, Buenos Aires. p. 247.

<sup>51</sup> Bozeman, B. (1998) *Todas las organizaciones son públicas*. FCE, México. P. 131.



### Surgimiento del Concepto:

Históricamente, debemos saber que el término y análisis de aplicabilidad de las políticas públicas surge a mediados del siglo pasado, como consecuencia de la relación que los autores Lerner y Laswell realizan entre las estrategias militares posguerra mundial con estrategias para la resolución de problemas públicos.

Actualmente podemos distinguir dos enfoques sobre las Políticas Públicas: aquellos que analizan su **proceso** y los que estudian su **contenido**. En este caso vamos a centrarnos en el proceso, de modo que podamos distinguir sus etapas.

Es importante aquí comprender la relación directa entre la política pública que se desea generar y el Plan necesario para su correcto desarrollo. En nuestro caso, nos interesa generar una política pública local en materia de prevención y asistencia de las adicciones, y para ello necesitamos tener un Plan, donde se establezcan anticipadamente los objetivos que se pretenden alcanzar, las acciones que se realizarán, los recursos que se utilizarán, las áreas responsables y también las formas de evaluación y control previstas para corroborar su correcto desarrollo.

#### 1.b. El diagnóstico

Previo a la elaboración de un proyecto de Política Pública, debemos haber hecho un diagnóstico situacional del que surjan las necesidades a satisfacer y/o los problemas a resolver. Este diagnóstico debe incluir no sólo un análisis específico del problema,

sino también un análisis de su contexto, dado que debemos tener siempre presente que las organizaciones se ven *afectadas por sus ambientes*. Si bien en el capítulo 1, abordamos el tema de diagnóstico, incluimos en este apartado otra herramienta útil para incorporar datos de contexto: el análisis FODA, es decir, las **Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas** con que nos podemos encontrar.

A este fin, definiremos cada uno de estos parámetros:

- **FORTALEZAS:** refiere a las habilidades, facultades o recursos existentes para la realización de la misión que tenemos;
- **OPORTUNIDADES:** se trata de circunstancias, eventos, procesos externos que favorecen o impulsan el logro de nuestra misión;
- **DEBILIDADES:** son las falencias, fragilidades o carencias que pueden limitar el cumplimiento de nuestra misión;
- **AMENAZAS:** se trata de los peligros o sucesos adversos externos que se pueden oponer a la realización de nuestra misión.

Se deduce de estas definiciones que las *Fortalezas y Debilidades* tienen que ver con cuestiones internas a la comunidad u organización que desarrollará el proyecto; mientras que las *Oportunidades y Amenazas* constituyen factores externos a la comunidad u organización, y deben ser tenidas en cuenta previamente a fin de contar con alternativas para continuar con el desarrollo normal del proyecto. Este análisis nos sirve a los fines de la correcta elaboración y fundamento del proyecto, aunque no debe formar parte del mismo, sino del diagnóstico.

#### 2. El proceso de las políticas públicas

**ELABORACION:** esta etapa inicial requiere indefectiblemente contar con el diagnóstico previo de las necesidades de una determinada comunidad. Las mismas se convierten así en el problema a resolver a través de una estrategia que se plasma en una alternativa válida que llamamos *política pública*. En esta etapa también es primordial conocer el contexto que rodea a nuestro problema (se refiere a las FODA no sólo específicas sino también del *ambiente sociopolítico* que permitirá o limitará el desarrollo de nuestra propuesta de política pública).

En un contexto de alta complejidad de las problemáticas, es decir, en donde las causas que produjeron el problema abarcan la gran mayoría de los ámbitos (personal, familiar, comunitario, privado, estatal, etc.), es esencial dar también una respuesta integral y multidisciplinaria. En este sentido, es imperante la elaboración participativa de las políticas públicas. No sólo los ámbitos involucrados deben interactuar a este fin, sino también aquellos potenciales protagonistas. Éste requisito hace a un proyecto realmente representativo y transparente.

**IMPLEMENTACION:** Esta etapa depende directamente de la toma de decisiones por parte de los organismos de gobierno; es decir, aquí es esencial contar con decisión política para el completo desarrollo del plan elaborado.

Es muy importante destacar que no sólo las autoridades de un gobierno son quienes pueden elaborar políticas públicas. Los ciudadanos como tales tienen el derecho de presentar sus peticiones y también sus propuestas. En este caso corresponde a las normativas locales determinar los requisitos para ello.<sup>52</sup> El gobierno es el responsable de gestionar la implementación de la política pública sencillamente porque es el órgano ordenador y el que cuenta con los recursos para hacerlo.

La implementación de la política pública “...está dada por el conjunto de las acciones necesarias para el logro de los objetivos formulados. Implica la movilización de los recursos materiales y humanos en el ámbito de gobierno y de la administración pública y afecta al ámbito privado. **Implica preguntarse cómo se hace y cuánto cuesta.**”<sup>53</sup>

**CONTROL:** A esta etapa corresponde la verificación periódica de los resultados de las acciones implementadas. El objetivo de esta etapa (que debe tenerse en cuenta en la Planificación/elaboración inicial) es poder reelaborar el plan de acuerdo a la verificación realizada, mejorando aquellos defectos que hayan surgido y reforzando las virtudes. Es importante destacar aquí que corresponde un trabajo conjunto entre el Estado y la Sociedad Civil en el control de la implementación de la política pública. Pertenecemos a un sistema democrático donde la participación y el protagonismo de los involucrados es esencial. Por ello es imprescindible conocer la normativa local que promueve el control ciudadano de la gestión pública.

<sup>52</sup> Invitamos a los lectores a averiguar sobre la normativa para la presentación de proyectos en su localidad.

<sup>53</sup> Zellner, N. -coordinador- (2007), “Marco conceptual metodológico para el estudio de las políticas públicas”, Dirección de Investigaciones, SGP -INAP, Pág. 24.

**EVALUACION:** Esta consiste en considerar los resultados del plan estipulado para la realización de la política pública, a fin de decidir su continuidad o conclusión.

**Corolario:** en todas y cada una de las etapas de una política pública es primordial la participación de la sociedad civil (comunidad).

### 3. La política pública en adicciones como política social

La Política Social es toda aquella política pública destinada a mantener el equilibrio en la estructura social, tendiente a evitar las desigualdades sociales que la política económica no podría impedir por sí misma.

En este sentido, las políticas sociales se orientan al bienestar general de los individuos (políticas de salud, educación, alimentación, seguridad social, vivienda, recreación, empleo, etc.) y está destinada a atender prioritariamente a los grupos vulnerables (desempleados, personas en situación de calle, indigentes, víctimas de violencia familiar, población con VIH, personas con problemas de adicciones, etc.).

Dada esta definición y su aplicación, encuadramos a las Políticas Públicas para el abordaje de las adicciones como Políticas Sociales.

De acuerdo con el significado de la Política Social, se desprende que la misma contribuye directamente al desarrollo social y, por lo tanto, debe cumplir con ciertas funciones básicas a este fin.

Rolando Franco nos enumera tres funciones básicas de las Políticas Sociales:

- 1) Inversión en Capital Humano (Educación, Salud, Vivienda);
- 2) Compensación Social (en busca de la equidad)
- 3) Cohesión Social (conformar redes para la integración).<sup>54</sup>

### 4. La importancia del capital social

Pierre Bourdieu definía el **Capital Social** como “el agregado de los recursos reales o potenciales que se vinculan con la posesión de una red duradera de relaciones más o menos institucionalizadas de conocimiento o reconocimiento mutuo”.<sup>55</sup>

<sup>54</sup> Rolando Franco (2002): “Grandes temas del desarrollo social en América Latina y el Caribe”, en Desarrollo social en América Latina: temas y desafíos para las políticas públicas, FLACSO, pp. 88-91

<sup>55</sup> Bourdieu P. (1985): *The forms of capital*. En J. G. Richardson (comp.), *Handbook of Theory and Research of the Sociology of Education*. Nueva York, Greenwood, p 248.

Teorías más recientes (Baker, Schiff, Burt, Portes) coinciden en definirlo como “*la aptitud de los actores para asegurarse beneficios en virtud de la pertenencia a redes u otras estructuras sociales*”.<sup>56</sup>

El beneficio de este concepto radica en que los recursos que se obtienen de esta red de relaciones sociales y de la participación comunitaria no son sólo económicos sino también, y aún más importante, beneficios intangibles como el control social de las políticas públicas, la producción de proyectos comunitarios, una mejor organización en materia de la utilización racional de servicios sociales, etc. Allí radica la importancia de reconocer el Capital Social con que contamos en cada una de nuestras comunidades.

#### 4.a. El trabajo en red como el capital social de una comunidad

Norberto Lechner hace un excelente resumen de la metamorfosis que ha protagonizado la coordinación social en el mundo pero especialmente en América Latina. Los años 50', 60' y parte de los 70' del siglo XX han dado a luz a un Estado como coordinador social de privilegio: el Estado Desarrollista, que regulaba y conducía las relaciones sociales y también el mercado. Ya entrados los años 80' presenciamos un Estado desgastado, incapaz de contener el dinamismo que habían adquirido las sociedades. Esta etapa, que se profundiza en los años 90', es la creadora de un Mercado omnipotente que, por su sola existencia, sería el coordinador social ideal bajo la impronta neoliberal.

Pero nos detenemos en la forma de coordinación social que, entrado el siglo XXI se nos presenta como la alternativa al desgaste de una coordinación social caracterizada por la descentralización, el exceso de autonomía organizativa sin recursos, y las privatizaciones. Se trata nada menos que de la **coordinación social mediante Redes**.

Oscar Holliday nos propone una concepción de la Red y algunas características:

“*El trabajo en red es una forma de hacer las cosas, que supone ir “tejiendo” relaciones, aprendizajes, complicidades, avanzando de nudo en nudo hasta tener constituido un espacio común, abierto y diversificado, en el que se puedan ir sumando nuevas iniciativas, propuestas y empeños.*”<sup>57</sup>

<sup>56</sup> Carpio J. y Novacovsky I. (1998): “De igual a igual. El desafío del Estado frente a los nuevos problemas sociales”. FCE - FLACSO, p. 248.

<sup>57</sup> Holliday, Oscar, *El trabajo en Red: tejer complicidades y fortalezas*. Centro de Estudios y Publicaciones Alforja, Costa Rica. Edición electrónica en: [http://preval.org/documentos/el\\_trabajo\\_en\\_red.doc](http://preval.org/documentos/el_trabajo_en_red.doc)

El trabajo en Red supone una serie de características, útiles a nuestros fines para desenvolver de la mejor manera posible el capital social local:

- Supone dar énfasis al proceso de *construcción del espacio de acción común* y no a la estructura organizativa en sí;
- Debe contar con *objetivos o metas estratégicas comunes*, que supongan desafíos a lograr con el esfuerzo conjunto;
- Implica tener formas diversas de *coordinación operativa*: en las que cada quien aporta lo que le es más propio y sobre lo que más sabe, a través de acciones, proyectos y líneas de trabajo concretas;
- Significa también, *respetar y aprovechar las diversidades*. Ellas constituyen un factor de fortalecimiento, en la medida precisamente que se respeten y aprovechen y no se impongan unas particularidades sobre otras; esto posibilita la complementariedad de esfuerzos y capacidades.
- Involucra la *participación de todas las ideas y visiones* para encontrar las confluencias que dan identidad al trabajo en red;
- Impulsa *procesos y mecanismos de acumulación de la experiencia*: llevar registros y colectivizar memorias de lo realizado, sintetizar los acuerdos, dejar constancia de las evaluaciones y planes;
- Es fundamental *mantener una dinámica comunicativa muy intensa*, que alimente las posibilidades de estar en contacto, de aportar y de recibir aportes, utilizando todas las formas y medios posibles;
- Supone cuidar que todo lo que se haga *sea transparente* hacia el conjunto, sin temor de hacer visibles los errores o dificultades. No existe trabajo en red posible, si no está basado en la confianza mutua.

En síntesis, el trabajo en red implica una cultura política transformadora y es expresión de ella. Por eso podemos hablar de la red como una cultura organizacional.<sup>58</sup>

#### 4.b. La participación social como esencia

Las constantes transformaciones del orden social, originadas en los movimientos permanentes de la Sociedad, requieren adecuaciones permanentes de las instituciones que lo regulan. Asistimos a un sistema que -más allá del debate permanente-

<sup>58</sup> Holliday, Oscar, *idem*. Op. Cit.



adopta mayormente a la democracia como orden político. La democracia en su definición mínima y como su nombre lo expresa, es el *gobierno del pueblo*. En este sentido es condición sine qua non que los ciudadanos sean los protagonistas del ordenamiento social participando en la política. Las complejidades de la Sociedad, requieren que los ciudadanos tomemos protagonismo, intervengamos proponiendo formas de ordenamiento social alternativas, controlando las ya existentes, haciendo valer nuestros derechos pero también cumpliendo nuestros deberes como ciudadanos.

Existen variadas instituciones para participar en un sistema democrático. Por caso, y para nuestros fines, podemos mencionar la iniciativa legislativa, las auditorías ciudadanas, los referéndums, los Centros de Participación Comunal y el voto entre otras. Pero lo que nos interesa particularmente en esta ocasión es la presentación de proyectos a la institución parlamentaria que nos representa en nuestra localidad, provincia o nación (en nuestro caso se trataría del Concejo Deliberante o la Comisión Comunal). En la práctica existen dos alternativas de presentar un proyecto ante estas autoridades:

- a) Presentarla a un Legislador o Concejel para que la tome y la proponga, en nombre de sus representados;
- b) Reunir una cierta cantidad de firmas de los ciudadanos del lugar - la cantidad depende de la normativa de cada administración- y presentarlo al pleno del parlamento/concejo para que lo analice y, en su caso, apruebe.

Este dato no es menor. Significa que, dado el avance de las formas organizativas de nuestra sociedad, estamos en condiciones (contamos con las herramientas) de ser los protagonistas de nuestra propia organización, de modo que la misma coincida coherentemente con la realidad que nos rodea.

Las adicciones, que son el tema que nos ocupa, se presentan de variadas formas en cada zona. Mucho depende del lugar geográfico (si es o no una zona de fácil acceso a las drogas, a las empresas de juegos de azar, etc.); de la cultura del lugar; del acceso a los servicios estatales para el tratamiento pertinente de la problemática y, claro, de la exposición psicológica de cada persona y su historia personal.

Si consideramos lo arriba enumerado -que no es excluyente de otros factores-, tenemos que la comunidad, en su carácter de ciudadana, mucho puede hacer para modelar estas características a fin de que las mismas puedan actuar como contenedoras de las problemáticas relacionadas a consumos de drogas de cada lugar.

Por caso, proponer ordenanzas de control de venta de alcohol; de horario de cierre de lugares de entretenimiento; organizar programas de recuperación de plazas y otros espacios públicos para la realización de actividades saludables, instalar centros de atención sanitaria o recuperar los existentes.

## 5. Planes municipales

### 5.a. Elementos para su elaboración

#### 5.a.1. ¿Por qué un Plan Municipal?

Muchas razones son las que justifican que sea desde el marco municipal donde se impulsen las políticas sociales:

- Es el referente administrativo más cercano a los ciudadanos,
- Esa cercanía facilita la detección precoz de los problemas, y permite una más rápida localización de las respuestas,
- Las municipalidades cuentan con las competencias oportunas, desde donde se pueden formular propuestas para la asistencia, la prevención y la inserción social,
- Permite, a la vez el trabajo comunitario y la participación de la sociedad civil, y puede ofrecer los cauces de coordinación que permitan dar respuestas idóneas a las demandas y necesidades de la ciudadanía en este campo.

Instrumentar un Plan sobre Adicciones impulsado desde la administración local, tiene la gran utilidad de favorecer la coordinación de las actuaciones desde la complementariedad, dando coherencia a las respuestas ofrecidas desde los diferentes niveles de la propia administración y la sociedad civil, rentabilizando los recursos y armonizando las iniciativas.

Debe favorecer la máxima participación de entidades y administraciones desde las fases iniciales de su elaboración (los estudios de situación preliminares), con el fin de partir de un análisis correcto de la situación, sobre el cual exista consenso.

Sirve para establecer las necesidades a las que tratamos de dar respuesta, así como los principios generales y específicos de actuación que han de inspirar los programas destinados a afrontar el problema ocasionado por las drogas tanto legales como ilegales y por otras adicciones.

El compromiso de consensuar un plan en el municipio y delinear sus objetivos le confiere estabilidad a las acciones y a los programas desarrollados.

Ha de ser un instrumento dinámico, que se modifique a medida que se vaya evaluando y diagnosticando la realidad social local que sabemos cambiante con respecto al problema que lo motiva.

### 5.a.2. Planificación: su concepto

La Planificación es un proceso de construcción, colectivo y solidario, de la relación entre la situación actual y la situación deseada. Por lo tanto, la importancia de elaborar un plan radica en que, a partir del mismo, contaremos con una guía para lograr la meta deseada, adecuada a la realidad que tenemos.

### 5.a.3. Plan, programa y proyecto de trabajo

Es necesario hacer una distinción entre conceptos que a veces se usan como sinónimos y no lo son, y cuya clarificación es importante a la hora de pensar las intervenciones.

Un **plan** refiere a una elaboración escrita que determina una serie de metas para solucionar un problema o un conjunto de problemas, y establece el modo en que tales metas han de ser alcanzadas. El plan contiene programas.

Un **programa** es un instrumento que guía las acciones dirigidas a un cumplir determinados objetivos y que establece tiempos y espacios para su realización. **Los proyectos** están contenidos en los programas, ya que son la unidad mas pequeña de actividades que pueden planificarse, analizarse y ejecutarse de manera independiente. La diferencia entre programas y proyectos es que el primero es mas amplio, mas abarcativo, mientras que el segundo es mas especifico y con objetivos mas limitados.

Debemos mencionar que existen también las **acciones**, que son iniciativas puntuales, con definición de objetivos y población destinataria, pero que no llegan a ser programas ni proyectos de trabajo.

Por ejemplo: en un **Plan sobre Adicciones**, uno de los **programas** es el de Prevención en el ámbito educativo “Quiero Ser”, y dentro de éste, se puede plantear un **proyecto** de Capacitación al Profesorado. Una **acción** por ejemplo es “Un

campeonato deportivo en el día de la prevención del consumo de las Drogas”, o el material divulgativo sobre adicciones: folletos, afiches.

### 5.a.4. Los elementos

Dado que nuestro tema central es el abordaje de las adicciones a nivel local, trabajaremos en los elementos específicos que deben incluirse en un plan municipal sobre adicciones.

Para dar inicio a la redacción de un Plan, debemos tener perfectamente clara la **intencionalidad** del mismo. Ésta se refleja en:

- **La Visión:** aquello que deseamos que finalmente el plan logre;
- **La Misión:** aquello a los que nos comprometemos para lograr lo que deseamos.

Para dar un formato ordenado al plan debemos contar previamente con cierta información que constituya los **marcos Introdutorio y Normativo** del mismo. Este encuadre, junto a una descripción de la **Situación Actual Local** -referida a la problemática de las adicciones y a un breve análisis DAFO<sup>59</sup> de las cuestiones sociopolíticas que pueden intervenir en el desarrollo del plan- completa una guía para dar inicio a la búsqueda de soluciones ordenadas, en este caso, a la problemática local de las adicciones.

Es importante destacar que aquéllas localidades con escaso desarrollo de la problemática o con escasos recursos, puede convenir con localidades vecinas para la confección de *planes regionales*. En este caso, es importante poner en la palestra los intereses en juego, la normativa de cada localidad, los recursos con que se cuenta, etc.

Posterior a ello, continuamos el desarrollo del plan expresando por escrito La Visión -que refleja la intención-, la cual incluye los *principios* en los cuales se basa el mismo.

De la Misión se desprenden los *objetivos* generales y específicos a través de los cuales el plan va a desarrollarse.

### 5.b. La estructura del plan

Cuando llegamos a este punto ya hemos realizado tareas previas, como:

- El análisis de necesidades,
- Recuento de recursos materiales y humanos,

<sup>59</sup> Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades. Para su explicación, ver pág. 4 de este trabajo.

- Aclarado el marco teórico básico sobre los conceptos sobre drogodependencias y otras adicciones y,
- Revisado el marco legal.

Es verdad que la identificación de los problemas existentes en la localidad no deriva directamente a las estrategias de intervención. Con juicio interpretativo y realista hay que establecer una clasificación y jerarquización de las necesidades. Es importante que en este proceso de priorización de necesidades se tengan en cuenta algunas cuestiones básicas:

- Que las acciones y programas incidan en un primer momento sobre los problemas que las partes afectadas consideren como más importante o urgentes,
- Empezar por aquellos problemas cuya resolución, al menos en principio sea probable, factible (proponerse en principio, desafíos difíciles de resolver puede crear desánimo y bloqueo de las acciones),
- Coordinarse con otros servicios que abordan problemáticas distintas pero que puedan coincidir en las intervenciones y que exista la posibilidad de cooperación.

Priorizar y jerarquizar no significa dar soluciones simples, aisladas y urgentes. Significa un avance por etapas progresivas hacia una gran organización de acciones e intervenciones realistas y coherentes.

En la confección de los objetivos serán de guía la **Visión y la Misión** que nos hemos propuesto en el plan. De acuerdo a ello, debemos construir una estructura de recursos para poder llevar a cabo los objetivos que vamos a delinear.

Las estrategias organizadas desde las políticas sociales que vienen dando respuesta a los problemas asociados a las adicciones han ido evolucionando y en general, en la actualidad, se articulan en torno a dos grandes ejes de actuación básicos: **Asistencia y Prevención**. En donde siguiendo un patrón lógico de cómo se da la problemática de las drogodependencias, en todo su proceso, se da respuesta en todas sus instancias.

**Asistencia:** Conociendo la existencia del consumo; aquí se agrupan todas las estrategias que atienden y dan respuesta a los problemas que tienen las personas derivados del mismo. En la actualidad existen diversos modelos y tipos de intervenciones que se adaptan a las distintas realidades de una misma problemática. Desde los tratamientos de comunidad terapéutica, internación, ambulatorio hasta la

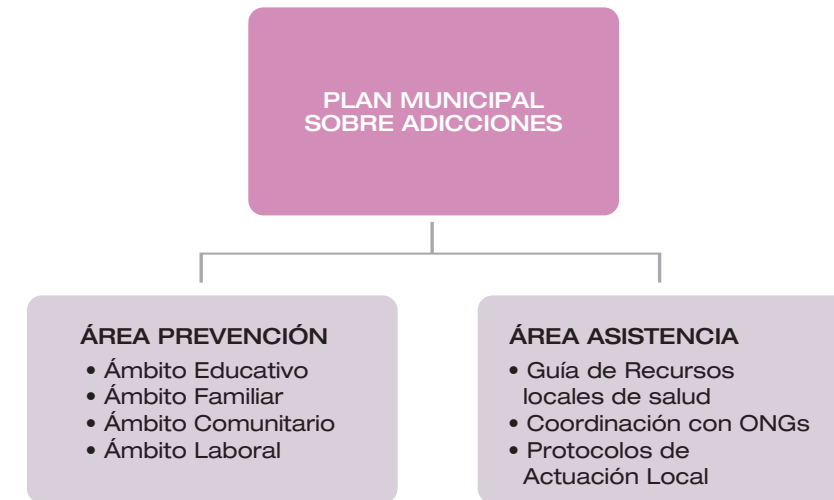
reducción de daños.<sup>60</sup> Cara a nuestro plan debemos saber que recursos son los que se cuenta en la población y en todo caso, aparte de subsanar carencias, suele ser de gran utilidad establecer protocolos de actuación ante un caso para que todos tengan en conocimiento que hacer ante un problema determinado.

**Prevención:** Conociendo los factores que causan y/o favorecen los problemas de adicciones en nuestra población. Aquí se agrupan todas las actuaciones y/o programas que tienen el objetivo de reducir y/o evitar los problemas que ocasiona el consumo de sustancias u otras adicciones. Se incluyen aquí también las estrategias de inserción social y de la prevención de la oferta.

Atravesan estos dos ejes transversalmente la *evaluación y la investigación* que son las que permiten la eficacia y mantener las acciones permanentemente actualizadas a la realidad dinámica que presenta la problemática del consumo de drogas.

A partir de esta estructura, derivarán los objetivos específicos como el camino a seguir para cumplir el objetivo general de cada área.

Veamos algunos modelos de estructura de plan:



<sup>60</sup> Ver capítulo I

Otra estructura:



### 5.b.1. Estructura básica en la construcción de planes

Al momento de elaborar de manera escrita un plan, un programa, o un proyecto, debemos definir con claridad:

<b>Nombre del proyecto o programa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deberá dar cuenta de lo que vamos a hacer</li> </ul>
<b>Fundamentación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Por qué lo vamos a hacer? Incluye el relato de la necesidad o problema que requiere atención, obtenido en el diagnóstico.</li> <li>• Se justificar por qué y para qué es relevante o importante llevar a cabo el Proyecto o Programa.</li> </ul>
<b>Beneficiarios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se especifica cuales son las personas destinatarias de las diferentes actividades planificadas, sus características, número, ubicación geográfica.</li> <li>• Se describe cómo están siendo afectados por el problema.</li> <li>• Se puede incluir la diferencia entre beneficiarios directos e indirectos.</li> </ul>

<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dan cuenta del fin o resultado que se espera alcanzar con la acción programada. Su definición es esencial como orientadores del proceso.</li> <li>• Deben apuntar, sin lugar a dudas, a la solución del problema priorizado, expresando con exactitud las transformaciones que se pretenden lograr sobre las situaciones existentes.</li> <li>• Se detallaran:</li> <li>• Objetivos generales: Deben reflejar claramente y con precisión la situación final a la que se quiere llegar.</li> <li>• Objetivos específicos: expresan los logros parciales, o bien los pasos que se irán concretando a través del programa, para llegar al objetivo general. Deben ser claros, alcanzables, medibles y observables.</li> </ul>
<b>Actividades</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se refiere a las tareas o acciones que se llevarán a cabo para alcanzar los distintos objetivos. Es probable que para lograr cada uno de los objetivos específicos del programa, sea necesario desarrollar varias actividades que deberán ser identificadas y descritas en el momento de la programación.</li> <li>• Cronograma de actividades, es un elemento que nos sirve para organizar la realización de cada actividad de acuerdo a fechas. En él se especificarán funciones, responsabilidades, y plazos.</li> <li>• Es una forma de tener visualmente organizada la información de cómo se van a ir desarrollando las actividades del proyecto o Programa.</li> </ul>
<b>Recursos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Materiales: las cosas concretas, palpables que serán utilizadas: equipos, instrumentos, insumos.</li> <li>• Humanos: se refiere al número y característica (perfil o competencias) de las personas necesarias para la ejecución de las distintas actividades.</li> <li>• Financieros: recursos económicos, con los que se necesita contar.</li> </ul>
<b>Evaluación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desde el momento en que se programa el trabajo debe plantearse claramente cómo se medirán los logros, y qué aspectos tendrán importancia en la revisión y análisis del proceso que se ha llevado a cabo.</li> </ul>

### 5.c. Marco normativo actual en materia de adicciones en Argentina

Argentina ha ratificado una serie de tratados internacionales, los cuales mayormente

se refieren al trato internacional hacia el tráfico ilícito de estupefacientes. Si bien los antecedentes en prevención de la drogadicción históricamente se han centrado en abordar la oferta de drogas, actualmente se ha distinguido el trabajo dirigido a la atención de la Oferta de drogas de aquel que se dedica a la atención de la Demanda de drogas.<sup>61</sup>

En este sentido, nuestro país ratifica los siguientes documentos:

- **Estrategia Antidroga en el Hemisferio (CICAD -1996)**; cuyos ejes son: a) Reducción de la Demanda; b) Reducción de la Oferta; c) Medidas de Control; d) Compromiso Mundial.
- **Programa Mundial para los Jóvenes hasta el año 2000 y subsiguientes (Naciones Unidas - 2008)**. El mismo establece como pautas: a) el fortalecimiento de la reducción de la demanda de drogas a través de la prevención; b) la orientación de la prevención y los tratamientos a los intereses e inquietudes de la juventud; c) la participación directa de los jóvenes y organizaciones de jóvenes en los programas de reducción de la demanda de drogas; d) la capacitación constante de recursos humanos en la prevención y asistencia de las adicciones con la colaboración de instituciones académicas y la OMS; e) la proliferación de los programas de rehabilitación de las adicciones y el apoyo permanente y concreto de los gobiernos a la investigación en la materia.

En nuestro país, entre otras, se encuentran vigentes las siguientes Normas:

#### NACIONALES:

- **Código Penal**: en su artículo 77 establece el alcance del término de “estupefaciente” y hace mención del listado de sustancias consideradas como tales;
- **Ley 23344**: limita la publicidad de cigarrillos e impone la obligatoriedad de incluir en los paquetes una advertencia sobre el contenido de sustancias cancerígenas;
- **Ley 23358**: inclusión en los planes de estudio de los niveles de enseñanza primaria y secundaria de los contenidos necesarios para la adecuada prevención de la drogadicción e incorporación de campañas en programaciones de las licenciatarias de radio y televisión.
- **Ley 23737** : tipificación de las conductas por tenencia de estupefacientes, con sus sanciones y medidas de seguridad educativas y curativas;

<sup>61</sup> Ver capítulo I.

- **Ley 24788**: crea el Plan Nacional de Prevención y Lucha contra el consumo excesivo de Alcohol y, entre otras cuestiones, prohíbe su venta a menores de 18 años de edad.
- **Ley 24819**: preserva la lealtad y el juego limpio en el deporte y crea la Comisión Nacional Antidoping;
- **Ley 24455**: obliga a todas las obras sociales y Asociaciones de Obras Sociales del Sistema Nacional incluidas en la Ley 23660 beneficiarias del fondo de redistribución de la Ley 23661, a incorporar como prestaciones obligatorias la cobertura para los tratamientos médicos, psicológicos y farmacológicos de las personas con dependencia física y/o psíquica de estupefacientes;
- **Ley 26045**: crea el Registro Nacional de Precursores Químicos;
- **Ley 26.206 (Ley de Educación Nacional)**: en su Art. 11 inciso “Q” establece como objetivo de la política educativa nacional promover valores y actitudes que fortalezcan las capacidades de las personas para prevenir las adicciones y el uso indebido de las drogas;
- **Ley 26.586, Programa Nacional de Educación y Prevención sobre las Adicciones y el Consumo Indebido de Drogas**. Tiene como objeto orientar las prácticas educativas para trabajar en la educación y prevención sobre las adicciones y el consumo indebido de drogas, en todas las modalidades y niveles del Sistema Educativo Nacional.
- **Decreto 271/89** crea la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico bajo la órbita de la Presidencia de la Nación.
- **Resolución 351/2000** - SEDRONAR: insta al gobierno nacional (de acuerdo con la resolución N° 43/3 de la Comisión de Estupefacientes de Naciones Unidas) a que a través del Ministerio de Salud de la Nación y los respectivos Ministerios de Salud provinciales se establezcan “servicios de detención temprana, asesoramiento, tratamiento, prevención de la reincidencia, cuidados de postratamiento y reinserción social y a que velen por que esos servicios estén ampliamente disponibles y tengan la capacidad suficiente para atender a aquellos que lo necesitan” a fin de reducir los riesgos que los estupefacientes ocasionan en la salud.
- **Decreto Presidencial 457/2010** de la Presidencia de la Nación por el que se crea la Dirección de Salud Mental y Adicciones en la órbita del Ministerio de Salud de la Nación.

## PROVINCIALES:

- Constitución Provincial: el **artículo 4º** hace alusión al derecho a la integridad física y moral de la persona y al compromiso por parte de los poderes públicos y de la comunidad en su respeto y protección; su **artículo 19** agrega el derecho a la vida desde la concepción, a la salud, a la integridad psicofísica y moral y a la seguridad personal. El **artículo 25** refiere al derecho especial de la niñez a su protección integral y al crecimiento armónico a través de la responsabilidad preventiva y subsidiaria del Estado, en especial en situación de vulnerabilidad. El **artículo 56** refiere a la promoción por parte del Estado de actividades recreativas de interés social que generen bienestar de la persona y la buena utilización del tiempo libre. El **artículo 59** refiere al derecho inalienable a la Salud, el cual expresa “*se basa en la universalidad de la cobertura, con acciones integrales de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, e incluye el control de los riesgos biológicos sociales y ambientales de todas las personas desde su concepción. Promueve la participación de los sectores interesados en la solución de la problemática sanitaria. Asegura el acceso en todo el territorio provincial al uso adecuado, igualitario y oportuno de las tecnologías de salud y recursos terapéuticos*”.
- **Ley 8835 (Carta del Ciudadano)**: su artículo 7 inciso “g”, establece que todas las personas en la provincia tienen derecho a solicitar asesoramiento de prevención en materia de drogadicción.
- **Ley 9113: Programa Provincial permanente de Prevención y Control del Tabaquismo**: incluye la prohibición de fumar en espacios de acceso público, el control de la publicidad, programas de asistencia gratuita a adictos y campañas informativas y educativas.
- **Ley 9600**: Se crea la Secretaría de Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico.
- **Ley 9620**: Crea el Consejo Provincial de Prevención de las Adicciones; el Observatorio Provincial de Adicciones y el Registro Único de Organizaciones de la Sociedad Civil dedicadas a la prevención y asistencia de las adicciones.
- **Decreto Provincial N° 265/210**: Se crea la Secretaría de Coordinación en Prevención y Asistencia de las Adicciones. SEPADIC.

## GLOSARIO

**ABUSO:** Consumo habitual de sustancias, que genera problemas en la persona y en su entorno. Se incrementa la frecuencia y las cantidades consumidas de sustancia, se dificulta el cumplimiento de las obligaciones, y se generan conflictos interpersonales y sociales.

**ADICCIÓN:** Se manifiesta a través de conductas compulsivas en donde se da una polarización del tiempo y energía destinados a pensar en la droga, procurarla (placer anticipatorio), y experimentar sus efectos (placer consumado) (Soria, 1990). Con frecuencia se utiliza indistintamente con el termino “Dependencia”.

**ANAMNESIS:** Es el interrogatorio que permite recoger sistemáticamente los datos de filiación, motivo de consulta, y los antecedentes familiares y personales del consultante.

**ANFETAMINAS:** Las anfetaminas pertenecen a un grupo de medicamentos llamados estimulantes del sistema nervioso central. Se usan para tratar el desorden de déficit de atención e hiperactividad. La anfetamina y la dextroanfetamina también se usan en el tratamiento de la narcolepsia (deseo incontrolable de dormir o ataques repentinos de sueño profundo). Debido a su alta toxicidad y capacidad de producir dependencia están altamente reguladas por la ley en la Argentina y solamente existen 4 componentes anfetamínicos en el mercado local.

**BENZODIACEPINAS:** Son psicofármacos de efecto depresor sobre el SNC, (psicolépticos) más seguras, menos tóxicas, y con menos efectos colaterales que los barbitúricos, a quienes reemplazan en la actualidad, pero que consumidas inadecuadamente pueden generar adicción.

**CAFEÍNA:** La cafeína pertenece al grupo de sustancias estimulantes del sistema nervioso central. Se usa para generar un estado mental de mayor alerta cuando se presentan cansancio, debilidad o somnolencia inusuales. La cafeína también se usa en combinación con la ergotamina (para tratar la migraña). Cuando se usa de esta manera, la cafeína puede ayudar a que otros medicamentos actúen mejor. La cafeína se encuentra en el café, el té, las bebidas gaseosas, y el chocolate.

**COCAÍNA:** Sustancia psicoactiva de uso ilegal. Se obtiene de las hojas del Erythroxylon coca, planta originaria de América, éste alcaloide es benzoilmetilecgonina, un éster de ácido benzoico y una base nitrogenada. Para la preparación se adiciona carbonato de sodio y disolventes. Por sus características físicas puede ser un

polvo cristalino incoloro o blanco, inodoro. Además, la cocaína puede ser adulterada sin que el consumidor lo sepa, con otras sustancias como metanfetaminas, cafeína, lidocaina, efedrina y fenciclidina, entre otros. La cocaína se puede absorber por cualquier vía: oral, fumada, vía intravenosa, inhalada y por cualquier otra mucosa, como vaginal y anal.

**COMORBILIDAD:** Coexistencia de dos o más procesos patológicos en forma simultánea. Ver patología dual.

**CONDUCTAS ASERTIVAS:** Son aquellas que las personas desarrollan para tratar con otras, y que incluyen la capacidad de transmitir los propios pensamientos y emociones, respetando los derechos de los demás.

**CONSUMO EXPERIMENTAL:** Contacto inicial con una o varias drogas, sin que exista una decisión explícita de continuar el consumo.

**CONSUMO OCASIONAL:** Se refiere al consumo de drogas que se hace con conocimiento de la sustancia y sus efectos, de manera esporádica, poco frecuente, sin seguir una rutina determinada, eligiendo ciertos espacios y ocasiones para dichos consumos.

**CONSUMO HABITUAL:** Se ha incorporado la droga en las rutinas, se conoce el precio, la calidad y efecto, se las busca y se las compra. Se ha establecido un hábito de consumo, obedeciendo a una rutina individual o grupal. Esta práctica puede conducir a otras formas de consumo, dependiendo de la sustancia de que se trate, la frecuencia con que se emplee, las características de la persona y el contexto cercano.

**CONSUMO PROBLEMÁTICO:** El sujeto consume en situaciones grupales o individuales en forma concertada para ese propósito. El consumo es selectivo conoce su calidad y busca impulsivamente los efectos tanto físicos como psicológicos. Consume en situaciones de riesgo y no dimensiona las consecuencias de su conducta. Se generan cambios en su desempeño y en sus relaciones interpersonales, puede no presentar todavía, los fenómenos de tolerancia y síndrome de abstinencia.

**CONSUMO DEPENDIENTE:** Se utiliza drogas en mayor cantidad, aumentando la dosis, con dificultad para controlar su uso. Realiza actividades ligadas a la obtención de drogas, con intoxicación frecuente y síndrome de abstinencia (síntomas físicos y psicológicos de dependencia cuando no está consumiendo), recurre a la droga para aliviar el malestar que provoca su falta. Hay reducción o abandono de actividades sociales, educativas o recreativas. Presenta incapacidad de abstenerse o detenerse, con problemas físicos asociados.

**DELIRIUM TREMENS:** Es una manifestación clínica grave, que se presenta en algunos casos de abstinencia al alcohol, y se caracteriza por cambios neurológicos, físicos y conductuales.

**DEPENDENCIA:** Estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga caracterizado por: 1) deseo dominante para continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio, 2) tendencia a incrementar la dosis, 3) dependencia física y generalmente psíquica, con síndrome de abstinencia por retirada de la droga, y 4) efectos nocivos para el individuo y para la sociedad. Con frecuencia se utiliza indistintamente con el término “Adicción”.

**DEPENDENCIA FÍSICA:** Esta especificación debe usarse cuando la dependencia de sustancias se acompaña de signos o síndromes fisiológicos, como lo son los de tolerancia o abstinencia.

**DEPENDENCIA PSÍQUICA:** Esta especificación debe usarse cuando no existe evidencia de tolerancia o abstinencia. En estos sujetos la dependencia de sustancias se caracteriza por un patrón de uso compulsivo.

**DEPRESORES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (SNC):** Los depresores del SNC son sustancias que pueden disminuir la función normal del cerebro. Debido a esta propiedad, algunos depresores del SNC se utilizan para tratar la ansiedad y trastornos del sueño. Entre los Depresores se encuentran las siguientes drogas: cannabis (marihuana), benzodiazepinas, alcohol, opiáceos y barbitúricos.

**DROGA:** “Toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas”.

**DROGAS NATURALES:** Pueden distinguirse entre “formas crudas” y “formas refinadas”. Las primeras son aquellas drogas que proceden directamente de plantas. Hay cientos de plantas con propiedades psicoactivas (hojas de Coca, Amapola de Opio, Cannabis Sativa, etc.). Las formas refinadas provienen de las plantas, pero tras un proceso de laboratorio aumenta su principio activo. Morfina, Cocaína y Mezcalina son los tres ejemplos de droga que existen en la planta, pero suelen conseguirse en forma de polvo.

**DROGAS SINTÉTICAS:** Drogas sintéticas (o de síntesis) es el término científico para referirse a unas sustancias que, aunque existentes hace tiempo, se popularizaron



en la última década del siglo XX bajo la equívoca denominación de drogas de diseño. Son sustancias producidas por síntesis química (sin componentes naturales), fundamentalmente en laboratorios clandestinos. Las drogas de síntesis se comercializan en forma de pastillas o comprimidos. En algunos casos se trata del redescubrimiento de sustancias abandonadas por la investigación farmacéutica por sus efectos secundarios, y utilizadas con fines recreativos. Los más difundidos son el ICE y el Éxtasis.

**EMPATÍA:** Se trata de la habilidad de percibir lo que otra persona diferente puede sentir, y de colocarnos en su lugar, tratando de comprender su punto de vista, sus sentimientos y sus estados de ánimo.

**ENTREVISTA MOTIVACIONAL:** método directivo centrado en el consultante que tiene como objetivo promover la motivación intrínseca al cambio. Forma concreta para ayudar a las personas a que reconozcan y se ocupen de un problema concreto. Ayuda a resolver la ambivalencia que puede existir frente a las conductas no saludables, y prepara el terreno para el trabajo terapéutico posterior.

**ESTIMULANTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (SNC):** Los estimulantes son drogas que aumentan la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria y la función cerebral. Algunos estimulantes afectan solamente un órgano específico como el corazón, los pulmones, el cerebro o el sistema nervioso. Tienen una estructura química similar a la de una familia clave de neurotransmisores cerebrales llamados monoaminas, que incluyen la norepinefrina y la dopamina. Los estimulantes aumentan la cantidad de estas sustancias químicas en el cerebro.

**ESTUPEFACIENTES:** Toda sustancia natural o sintética que se encuentre incluida en las Listas I y II de la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961 y su Protocolo Modificatorio de 1972, además de los estupefacientes considerados por cada Estado Parte.

**EXTASIS:** La MDMA, llamada "Adam", "Éxtasis" o "XTC" en la calle, es una droga sintética psicoactiva (que altera la mente) con propiedades alucinógenas y similares a las de la Anfetamina. Su estructura química es parecida a la de otras dos drogas sintéticas, la MDA y la metanfetamina, las cuales producen daño cerebral. El nombre químico del Éxtasis es MDMA o Metilendioximetanfetamina aunque las pastillas de la calle suelen estar adulteradas con otras sustancias como el MDA o MDEA que son muy peligrosas. Pertenece a la familia de drogas estimulantes.

**FACTORES DE RIESGO:** Circunstancias o eventos de naturaleza biológica, psicológica o social que favorecen la posibilidad de que se produzca un problema en relación al consumo de drogas.

**FACTORES PROTECTORES:** Aquellas características personales o factores del entorno inmediato o ampliado de la persona que le facilitan a este evitar la aparición de manifestaciones patológicas.

**FEED-BACK:** Término utilizado para referir a las reacciones o respuestas que un receptor manifiesta respecto de un emisor, en el contexto de un intercambio comunicacional.

**KETAMINA:** El clorhidrato de ketamina conocido como "el K" o "Special K", es un potente alucinógeno comúnmente utilizado por los veterinarios como tranquilizante. La Ketamina es un anestésico disociativo y actúa creando en el consumidor la sensación de estar fuera de sí mismo. Su presentación farmacéutica es un líquido inyectable. En la calle se puede encontrar como líquido, polvo, cristales, pastillas o cápsulas. Esta droga puede estar mezclada con cualquier otra sustancia (Efedrina, Cafeína...).

**LABILIDAD EMOCIONAL:** Es un estado caracterizado por la alteración del control conciente de las manifestaciones emocionales.

**LSD (Ácido Lisérgico):** La dietilamida de **Ácido Lisérgico**, LSD-25 o simplemente LSD, también llamada **Lisérgida** y comúnmente conocida como ácido, es una droga semisintética de efectos psicodélicos (alucinógenos) que se obtiene de la **Ergolina** y de la familia de las **Triptaminas**. Conocida por sus efectos psicológicos, entre los que se incluyen alucinaciones, sinestesia, percepción distorsionada del tiempo, etc.

**MARIHUANA:** Planta herbácea anual cuya única especie es la **Cannabis Sativa**. **La Marihuana** se compone de hojas, tallo, semillas y flores secas de la planta, mientras que el **Hachis** es obtenido de la resina de la planta. Usualmente es fumada en cigarrillos o pipas. Todas las partes de la planta poseen las sustancias psicoactivas que caracterizan su acción tóxica. La planta de **Cannabis** contiene alrededor de 400 sustancias químicas diferentes, 60 de las cuales están estructuralmente relacionadas con el **Delta-9-Tetrahidrocanabinol** o THC, que es el principal componente activo de esta planta.

**MORBILIDAD:** Proporción de personas que enferman en un sitio y tiempo determinado.

**NICOTINA:** Es un compuesto orgánico, un Alcaloide encontrado en la planta del Tabaco (*Nicotiana Tabacum*), con alta concentración en sus hojas. En bajas concentraciones, la sustancia es un estimulante y es uno de los principales factores de adicción al Tabaco.

**OMS:** La Organización Mundial de la Salud, el organismo de las Naciones Unidas especializado en salud, se creó el 7 de abril de 1948. Tal y como establece su Constitución, el objetivo de OMS es que todos los pueblos puedan gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr.

**OPIACEOS:** Grupo de compuestos naturales derivados de los jugos del *Papaver Somniferum*, entre los cuales se encuentran la Morfina y la Heroína. El término Opiode es más amplio e incluye no solo a los derivados naturales sino también a los compuestos sintéticos y semisintéticos análogos de los opiáceos.

Los Opioides incluyen a los 20 Alcaloides naturales derivados de la Amapola del Opio, *Adormidera* o *Papaver Somniferum* y los productos semisintéticos y sintéticos, los cuales tienen alguna o todas las propiedades originales. Se absorben rápidamente por todas las vías. Son depresores del Sistema Nervioso Central (SNC). Tienen propiedades analgésicas, hipnóticas y sedantes. Algunas de las sustancias que forman parte de este grupo son: Codeína, Fentanilo, Meperidina, Metadona, Morfina, Butorfanol, Nalbuprina, Naloxona, etc.

**PATOLOGIA DUAL** (comorbilidad psiquiátrica): Concurrencia en el mismo paciente de una enfermedad mental grave con tendencia a la cronicidad (trastornos psicóticos y afectivos) con un trastorno por abuso y/o dependencia de alcohol u otras drogas.

**PATRÓN DE CONSUMO:** Son las pautas que definen el estilo de consumo de una determinada droga en un sujeto: el ritmo, la frecuencia, cantidad y horas en las que se consume pueden ser indicador que permitan establecer un patrón de consumo.

**POLICONSUMO:** Se trata del consumo de dos o más sustancias psicotrópicas.

**PRECURSORES QUÍMICOS:** Son productos químicos indispensables para la producción de drogas de uso ilícito, que se integran al producto final, ya sea la totalidad o parte de su molécula o que actúan como intermediarios en la obtención del producto que queda integrado a la droga.

**PREVENCIÓN:** Es “el conjunto de esfuerzos que una comunidad pone en marcha para reducir de forma razonable la probabilidad de que en su seno aparezcan problemas relacionados con los consumos de drogas.”

“Un proceso activo de implementación de iniciativas tendientes a modificar y mejorar la formación integral y la calidad de vida de los individuos, fomentando el autocontrol individual y la resistencia colectiva ante la oferta de drogas”.

**PREVENCIÓN ESPECÍFICA:** Son “aquellas estrategias en las que la intervención de forma explícita y directa recoge la problemática de las drogas y de lo cual se hace partícipe al destinatario” (Calafat, 1989). Esto no quiere decir que en esta modalidad de prevención se hable únicamente sobre el consumo de drogas, sino que se trabajan también el resto de factores de riesgo, aunque explicitando que son trabajados para prevenir el uso problemático de drogas .

**PREVENCIÓN INDICADA:** Se dirige a una población que, por diversas situaciones individuales, sociales o culturales presenta un alto riesgo de consumo de drogas.

**PREVENCIÓN INESPECÍFICA:** “Es inespecífica porque el destinatario no es consciente de que se están trabajando con él las problemáticas relacionadas con el uso de drogas y su prevención. Para el planificador sí es específica porque se persiguen claramente objetivos de descenso en el uso de drogas, aunque de forma complementaria se produzcan otros avances en el desarrollo del individuo y/o la comunidad” (GID, 1995) .

**PREVENCIÓN SELECTIVA:** Es la que se dirige a grupos que tienen mayor riesgo de desarrollar problemas con el consumo de drogas.

**PREVENCIÓN UNIVERSAL:** Es la que está dirigida a una población general, con intervenciones amplias que se orientan a modificar comportamientos duraderos como habilidades sociales, abordaje de valores, resolución de conflictos, etc.

**PROMOCIÓN DE SALUD:** “Proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma” .

**PROPENSIÓN INDIVIDUAL:** inclinación que tiene una persona por una práctica determinada, la cual puede incidir en la decisión que finalmente se adopte. La misma tiene orígenes de carácter biológico o psicológicos.

**PSICOTRÓPICO:** Cualquier sustancia natural o sintética, o cualquier material natural que produce efectos sobre la mente.

**RECIDIVANTES:** Refiere a la posibilidad de que un determinado proceso se repita en el tiempo.

**REDUCCIÓN DE DAÑOS:** Se refiere a una política de prevención de los daños potenciales relacionados con el uso de drogas, más que de prevención del uso de drogas en sí mismo.

**RESILIENCIA:** “Capacidad de los individuos de superar los factores de riesgo a los cuales está expuesto, desarrollando comportamientos adaptativos y adecuados”. (García 2001).

“Capacidad humana de salir fortalecidos frente las adversidades”. (Silber y Madalleno 2001).

“Capacidad de las personas que desarrollan competencias a pesar de haber sido criadas en situaciones adversas” (Munist, 1998).

**RETROALIMENTACIÓN:** Ver Feed-back.

**SÍNDROME:** Conjunto de signos y síntomas característicos de una enfermedad.

**SÍNDROME DE ABSTINENCIA:** Es específico de cada sustancia debido al cese o reducción de su consumo prolongado y en grandes cantidades. Este síndrome causa un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral y social o en otras áreas importantes de la actividad del individuo. La abstinencia es un cambio de comportamiento desadaptativo, con concomitantes cognoscitivos y fisiológicos, que tiene lugar cuando la concentración en la sangre o los tejidos de una sustancia disminuye en un individuo que ha mantenido un consumo prolongado de grandes cantidades de esa sustancia. (DSMIV).

**SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (SNC):** El sistema nervioso central se refiere al núcleo del sistema nervioso, el cual consta del cerebro, la médula espinal y los nervios raquídeos. Es una entidad anatómica, protegida eficazmente de los traumas externos mediante formaciones óseas del cráneo y de la columna vertebral (canal raquídeo), encargada de recibir y transmitir impulsos, coordinando de esta forma las diferentes actividades del organismo.

**TOLERANCIA:** Es el acostumbramiento creciente del organismo a los efectos de la droga, de manera tal que para producir sensaciones análogas a las ya experimentadas, se hace necesario incrementar progresivamente la dosis de la misma sustancia.

**TOLERANCIA SOCIAL:** patrones sociales repetidos en el tiempo, para enfrentar determinadas situaciones, los cuales representan lo que es considerado como "aceptable" aunque no sea deseable. implican indulgencia hacia hábitos de abuso de sustancias psicoactivas en el entendido de que constituyen una forma general de ser y no justifican una actitud de censura severa o significativa.

“La tolerancia social está dada por el modo de relacionarse con las drogas, algunas formas se consideran "aceptables" en determinadas circunstancias”

**USO DE DROGAS:** Consumo ocasional o experimental. no se evidencian consecuencias nocivas para el individuo ni para su entorno. Se trata de un uso no problemático de sustancias, es decir que por la frecuencia, cantidad o la situación biológica, psicológica y social que presenta la persona, este consumo no genera problemas.

## BIBLIOGRAFÍA

- Descubriendo la realidad municipal. Ed: Diputación de Valencia, Fepad, Consellería de Sanitat. Valencia, España. 2005.
- Arbex Sánchez, Carmen. Guía de intervención: menores y consumos de drogas. ADES (Asociación de Técnicos para el Desarrollo de Programas Sociales). 2002.
- Becoña Iglesias, Elisardo. Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas. Madrid, España. 2002.
- Becoña Iglesias, E., Cortes Tomas, M y otros: “Guía clínica de intervención psicológica en adicciones”, Ed. SocidrogaAlcohol, Barcelona, 2007.
- Böhm, L. –Coordinador- Manual de elaboración de Planes Estratégicos Municipales. , Konrad Adenauer Stiftung. 2007.
- Bozeman. B. (1998) Todas las organizaciones son públicas,. FCE, México.
- Breilh, Jaime Epidemiología Crítica. Ciencia Emancipadora e Interculturalidad. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2003. Colección Salud Colectiva.
- Callejo Giménez, Elvira. “Seminario Entrevista Motivacional”, Grupo de Comunicación y Salud de la Socalemfyc (Sociedad Castellana y Leonesa de Medicina Familiar y Comunitaria), 2006.
- Carpio J. y Novacovsky I. “De igual a igual. El desafío del Estado frente a los nuevos problemas sociales”, FCE – FLACSO. 1998.
- Carrizo, Mariano. Glosario. Trabajo Práctico presentado en la Maestría en Drogodependencias. UNC. 2005.
- Carta de Ottawa para la promoción de la salud. OMS. Ginebra. 1986.
- Comas Arnau, Domingo. Niveles, ámbitos y modalidades para la prevención del uso problemático de drogas. VII Conferencia Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas. Viña del Mar (Chile). Marzo de 1999.
- Chena, Marina y Sosa, Claudia. Asociación Civil Programa del Sol. “Sobre la construcción de procedimientos institucionales como herramientas de prevención del consumo problemático de drogas en la escuela”. Foro de Educación. Córdoba 2010.
- Cheresky, I. –compilador- Ciudadanía, Sociedad Civil y Participación Política, Edit Miño y Dávila. 2006.

- Clasificación Estadística Internacional Enfermedades y Problemas relacionados con la salud. CIE 10. OPS. EEUU. Año: 2008.
- Crespo, J y O'Ferral C. Entrevista, UCA-Investiga, Revista en Internet de Información General sobre Ciencia e Investigación, Universidad de Cádiz, (<http://www2.uca.es/revista/uca-investiga/marzo-abril/adicciones.htm>)
- Cymerman Pablo; Goltzman Paula; Rossi Diana; Sánchez Ariel; Touzé Graciela. La estrategia de reducción de daños como estrategia preventiva.
- Declaración de Yakarta. OMS. 1997.
- Diccionario de la Real Academia Española. Vigésima segunda edición. [www.rae.es](http://www.rae.es)
- DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico diferencial de First, Michael b. y Frances, Allen y Pincus, Harold Alan. editorial masson. Año de edición: 2002.
- Duarte Quapper, Klaudio. ¿Juventud o juventudes? Versiones, trampas, pistas y ejes para acercarnos progresivamente a los mundos juveniles. en revista pasos nº 93, Departamento Ecuménico de Investigaciones, San José, Costa Rica. 2008
- El papel de la Atención Primaria ante los problemas de salud relacionados con el consumo de drogas. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, Barcelona. 2007.
- Ferrari, Héctor. Psicopatología General y Psiquiatría dinámica. Editorial Kosmos 1997.
- Franco, R. “Grandes temas del desarrollo social en América Latina y el Caribe”, en Desarrollo social en América Latina: temas y desafíos para las políticas públicas, FLACSO. 2002.
- Feixa, Carles. “De Jóvenes, bandas y tribus. Antropología de la juventud.” Editorial Ariel, S.A. Barcelona, 1999.
- García Delgado, D. Estado y Sociedad. La nueva relación a partir del cambio estructural. Editorial Norma, Buenos Aires. 1996.
- Guía para los servicios de salud. El abordaje de pacientes con trastornos por sustancias. Subsecretaría de Atención a las adicciones. Buenos Aires. 2009.
- Hermes Millán “Trece discursos y una mirada diferente” Ed. Fin de Siglo, 2001.
- Holliday, O.: El trabajo en Red: tejer complicidades y fortalezas. Centro de Estudios y Publicaciones Alforja, Costa Rica. Edición electrónica en: [http://preval.org/documentos/el\\_trabajo\\_en\\_red.doc](http://preval.org/documentos/el_trabajo_en_red.doc)
- Inchaurreaga, Silvia – Siri, Pablo. Reducción de daños y políticas de salud - Una experiencia en un hospital público de salud mental de Rosario. 1999.
- Kauffer Michel, Edith F.: Las políticas públicas: algunos apuntes generales. Edición especial para [www.ecosur.mx](http://www.ecosur.mx)
- Lechner, N. Tres formas de Coordinación Social, Revista CEPAL, Nº 61. 1997.
- Manual para Capacitación: “Prevención Comunitaria”. Dirección de Actividades de Prevención y Capacitación. SEDRONAR. 2006
- Material teórico de apoyo para Referentes Comunitarios. Asociación Civil Programa del Sol. Córdoba, Argentina. 2009.
- Miguez, Hugo A. “Aportes de la Epidemiología Comunitaria en la Prevención del Abuso de sustancias adictivas” Publicado en Revista Peruana de Drogodependencias Vol. 2(1) Agosto 2004.
- Míguez, Hugo. Uso de sustancias psicoactivas. Investigación social y prevención comunitaria. Editorial Paidós. Buenos Aires. Tramas Sociales. 1998.
- Montero, Maritza. “Teoría y práctica de la psicología comunitaria”. Ed. Paidós, 2006.
- Montejo, J; Caudevilla, F y otros. Actuar es posible: El papel de la Atención Primaria ante los problemas de salud relacionados con el consumo de drogas”. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Barcelona, 2007.
- Musacchio de Zan, Amelia; Ortiz Frágola, Alfredo y otros. Drogadicción. Editorial Paidós 2000.
- Nowlis, Helen. La verdad sobre la droga. UNESCO. 1975.
- Orlando, H. –Compilador- Las Instituciones Políticas de Gobierno 1. EUDEBA, Buenos Aires. 1998.
- Pablos, N. El concepto de políticas públicas. Colegio de Sonora, México para Seminario de Políticas Públicas. 2007.
- Palacios, D. y Ramón, E. Manual para la elaboración de Planes Municipales sobre Drogas. Ed. Plan Nacional de Drogas de España y Federación Española de Municipios y Provincias. Madrid, España. 2001.
- Pasos en la elaboración de políticas preventivas en establecimientos educativos. Borrador material de educación media. CONACE – Mineduc. Junio. 2003.
- Pinto, J. –Compilador- Introducción a la Ciencia Política. EUDEBA, Buenos Aires. 2000.

- Planificación local participativa. Metodologías para la promoción de la salud en América Latina y El Caribe. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Serie Paltex N° 41, Washington D.C. 1999.
- Rovere, Mario. Redes Nómades; Algunas Reflexiones desde una Práctica de Intervención I Institucional en Wolfberg E. Prevención en Salud Mental; Escenarios.2001.
- Rovere, Mario y Camargo, Maria del Carmen. “Redes y coaliciones o cómo ampliar el espacio de lo posible”, Documento publicado en la Biblioteca Virtual Gestión Social, [www.gestionsocial.org](http://www.gestionsocial.org).2005.
- Sierra, Juan Antonio Marcos. Ponencia: “Prevención Comunitaria: Un modelo de intervención”. Encuentros Nacionales sobre Drogodependencias y su enfoque Comunitario. CPD de Cádiz.
- Sierra, Marcos J. y Garrido Fernández, M. “La Terapia Familiar en el Tratamiento de las Adicciones”, Colegio Oficial de Andalucía Occidental, 2009. Formato electrónico:<http://www.cop.es/delegaci/andocci//files/contenidos/vol.%2027%20n%C2%BA%202-3,%202009%20apuntes%20psicolog%C3%ADa/13.pdf>.
- Sosa, Claudia Analía y Ferrero, Jorgelina Verónica. Asociación Civil Programa del Sol. “Implementación de estrategias de prevención del consumo problemático de drogas en escuelas de Córdoba: aportes y desafíos”. Abril 2010.
- Touzé, Graciela. Prevención de adicciones. Un enfoque educativo. Editorial Troquel. Buenos Aires. 2005.
- Valderrama, J. C. y cols. La Prevención en municipios menores de 7000 habitantes de la provincia de Valencia. Ed: FAD. Alicante, España. 2002.
- Viteri Díaz, G. Política Social: elementos para su discusión, Edición electrónica gratuita. Texto completo en [www.eumed.net/libros/2007b/297/](http://www.eumed.net/libros/2007b/297/) . 2007.
- Zellner, N. -coordinador- “Marco conceptual metodológico para el estudio de las políticas públicas”, Dirección de Investigaciones-,SGP –INAP. 2007.

**Autores** (por orden alfabético)

Abecasis, Myriam  
Acosta, Álvaro  
Ávila, Paulina  
Bordón, Cecilia  
Chena, Marina  
Del Zotto, Patricia  
Gallo, Verónica  
Ghiano, Celeste  
Jiménez, Fernanda  
Mansilla Juan Carlos  
Rodríguez Tarduchy, Santiago  
Sosa, Claudia A.

**Colaboradores**

Crespo, Eugenia  
Marchetti, Pablo  
Muñoz, Norma  
Turro Silvio

**Editora**

Sosa, Claudia A.

**Supervisores**

Jiménez Fernanda  
Mansilla Juan Carlos

**Diseño gráfico**

Fabián Orsini



Arq. Thays 94 - Nueva Cordoba  
C.P 5000 - Cordoba - Argentina - T:E: 0351-4344082/3/4  
[sepadic@cba.gov.ar](mailto:sepadic@cba.gov.ar) - [www.sepadic.info](http://www.sepadic.info)





SEPADiC

Secretaría de Coordinación en Prevención  
y Asistencia de las Adicciones