

liza la problemática del uso de drogas. Se advierte sobre las consecuencias legales que ocasiona el tráfico y consumo de drogas. Plantea una visión individualista y atomista del problema. Se destaca la "peligrosidad" indistintamente del traficante y del consumidor.

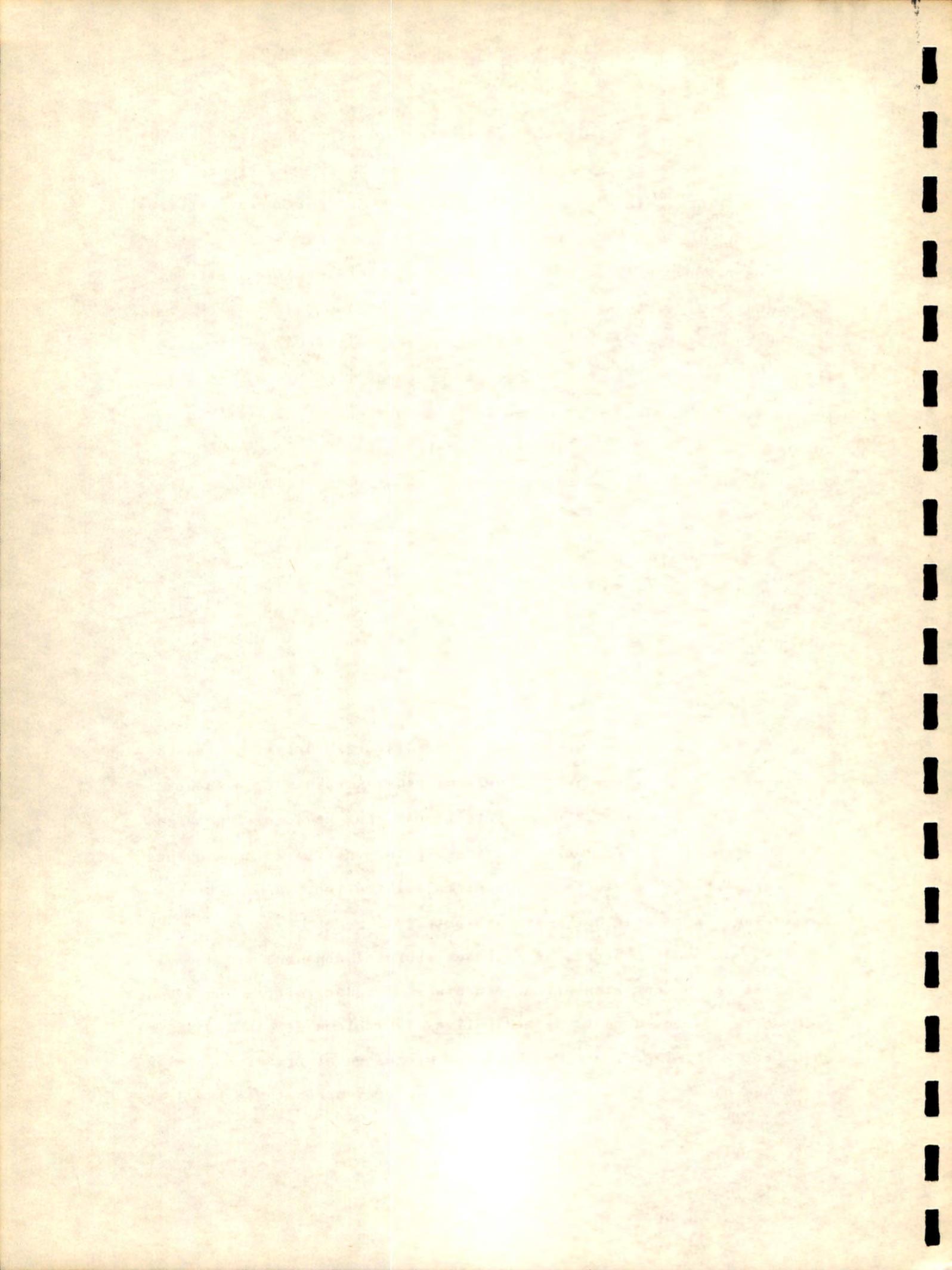
Los responsables de las políticas son: Ministerio de Justicia, Poder Judicial, organismos de seguridad del Estado.

Este discurso crea el estereotipo moral-delictivo. Legitima la diferencia entre "el bien y el mal" al declarar ilegal sólo la conducta que tenga que ver con la droga definida por ese mismo discurso como ilegal, no por sus cualidades farmacológicas, sino porque es percibida como amenaza ética, aunque en el fondo la razón real de su ilegalidad sea económica.

#### MODELO MEDICO-SANITARIO

Al igual que en el modelo ético-jurídico, "la droga" es considerada como agente activo. Se considera al Medio Ambiente como "contaminado" y a los consumidores como "infectados". Las causas del problema son individuales. La población de riesgo está constituida por jóvenes. No se ocupa específicamente del problema del tráfico, ya que éste es considerado como parte del Medio Ambiente.

Las acciones preventivas se basan sobre el consumo, son de carácter Sanitario y consisten principalmente en brindar información y educación acerca de las drogas. Se medicaliza el problema de las drogas. El objetivo es eliminar los efectos de las drogas en el organismo viviente ya sea humano o animal. Se incluye en la prevención tanto las drogas



legales como ilegales, por lo tanto abarca el tabaco, el alcohol y el café.

Este modelo queda atrapado en su propio discurso al no dar la misma relevancia al uso indiscriminado de psicofármacos ( en este sentido algunas propuestas asistenciales sustituyen el uso de la heroína por la metadona, creando de este modo en el tratamiento una nueva adicción ).

Se pone el énfasis en que los individuos que abusan de las drogas ponen en peligro su salud, su vida y la de los demás por "contagio". Asocia droga-juventud.

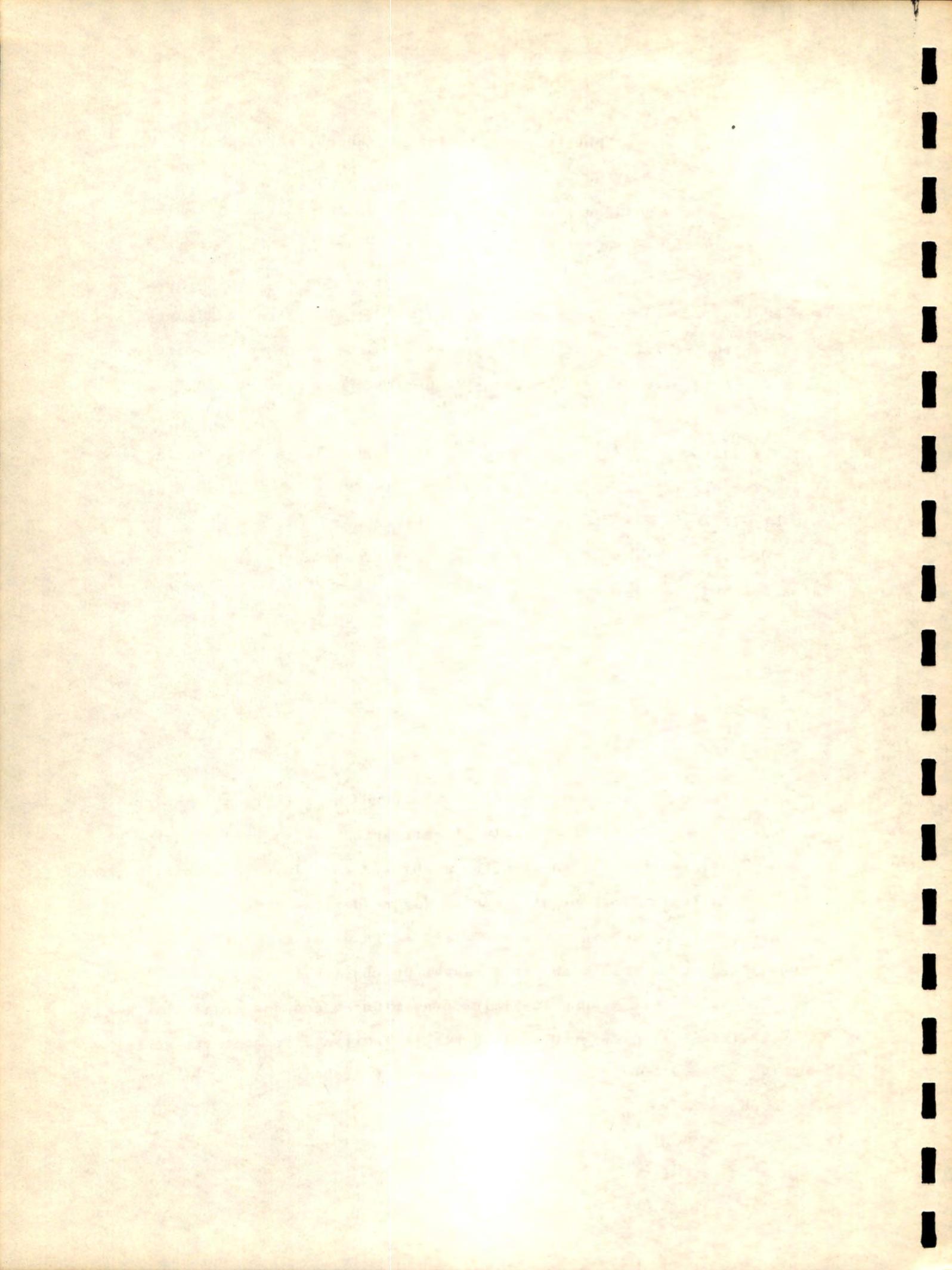
Producto de este modelo surge el estereotipo de la dependencia, al señalar al drogadicto como "enfermo" y a la droga como "virus o plaga". El problema se centra en la salud pública.

Los responsables de los planes son los organismos estatales y privados del Sector Salud.

#### MODELO PSICO-SOCIAL

A diferencia de los dos modelos anteriores se refiere a "las drogas" en lugar de a "la droga". Esta pluralización reviste importancia ya que al diversificar las sustancias u objetos considerados como tales, relativiza el valor omnipotente, mágico que se realiza tras su nominación en singular y que le confiere actividad en sí misma, colocando a los consumidores o abusadores en el lugar de objetos.

En este modelo tienen lugar los consumidores con sus comportamientos y actitudes y su entorno individual: la familia y el contexto social reducido a los grupos de pertenencia directa ( trabajo, educación, grupos de pares ).



La responsabilidad y las causales del fenómeno trascienden lo estrictamente individual y abarcan la familia y grupos de influencia "desviados". De este encuadre se deriva en algunos casos que en lugar de considerar las causales de fondo, se "culpabiliza" al entorno familiar y grupal.

El accionar preventivo es inespecífico y se basa en la búsqueda de las motivaciones y actitudes personales, familiares y grupales que promueven el consumo.

Considera insuficientes las prácticas asistenciales y no comparte las políticas represivas hacia el consumidor o abusador. Se psicologiza la problemática del uso de drogas. Señala que las drogas alteran el comportamiento de las personas. Se promueve la toma de conciencia de que las presiones del medio inducen al uso de drogas ( problemas familiares, escolares, laborales, influencia de los medios de comunicación que promueven el consumismo ). Destaca que el uso o no de drogas, depende del individuo y propicia la posibilidad de una toma de decisiones afirmada en los principios, motivaciones, intereses y habilidades que conducen a superar los conflictos causales de la problemática.

Las responsabilidades de llevar adelante las políticas preventivas son el Sector Salud, Educación y la comunidad.

#### MODELO SOCIO-CULTURAL

Según este enfoque "las drogas" no son activas en sí mismas. Las causales del problema son factores culturales y socio-económicos, y los consumidores son producto de una situación estructural.

Las propuestas preventivas se basan en brindar información sobre



los usos diversos de las drogas según los países, sus momentos históricos y sistemas social y las interrelaciones entre éstos en un mundo interdependiente.

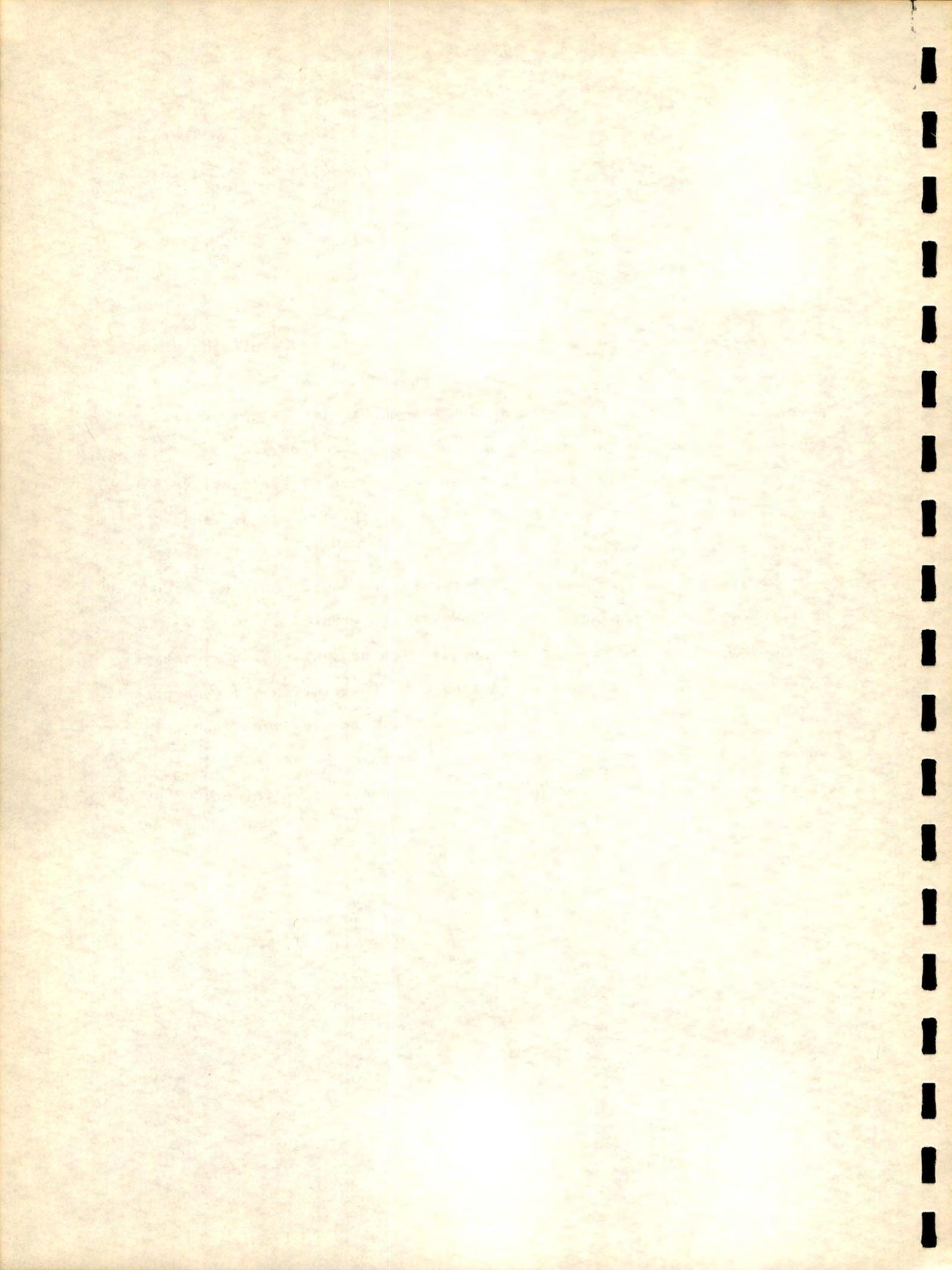
Destaca la pobreza, la desigualdad de oportunidades, la no visualización de proyectos individuales y grupales de crecimiento, la discriminación y la exclusión social como causas primordiales del consumo.

Promueve un accionar preventivo basado en la generación de alternativas de participación social transformadoras, a partir de la toma de conciencia de que el consumo de drogas no resuelve la marginación individual o como sector social, sino que la profundiza.

En la práctica de muchas instituciones, este modelo coexiste e incluso se entrecruza con el modelo PSICO-SOCIAL al punto de fundar lo que podría llamarse el MODELO PSICO-SOCIO-CULTURAL.

Del mismo modo es común la interrelación de los modelos ETICO-JURIDICO y MEDICO-SANITARIO y MEDICO-SANITARIO y PSICO-SOCIAL.

Como se analizó en un comienzo, esta conceptualización esquemática es sólo una guía para desentrañar en cada institución qué concepciones subyacen a lo explícito en sus mensajes, a lo que "muestran" a la sociedad; pero la realidad como cada uno opera es un entretrejido de prácticas, discursos y poderes imposible de ceñir en un único MODELO.



7

EXRESIONES PROGRAMATICAS Y PROPUESTAS OPERATIVAS EN EL CAMPO DE LA  
PREVENCION

Los marcos conceptuales analizados anteriormente tienen expresión concreta en el accionar preventivo que desarrollan las diferentes instituciones.

Las diferencias entre los distintos modelos pueden ser analizadas también a partir de sus propias expresiones programáticas y del modo en que éstas llegan a la comunidad a través del material gráfico, de los mensajes producidos y las actividades propuestas.

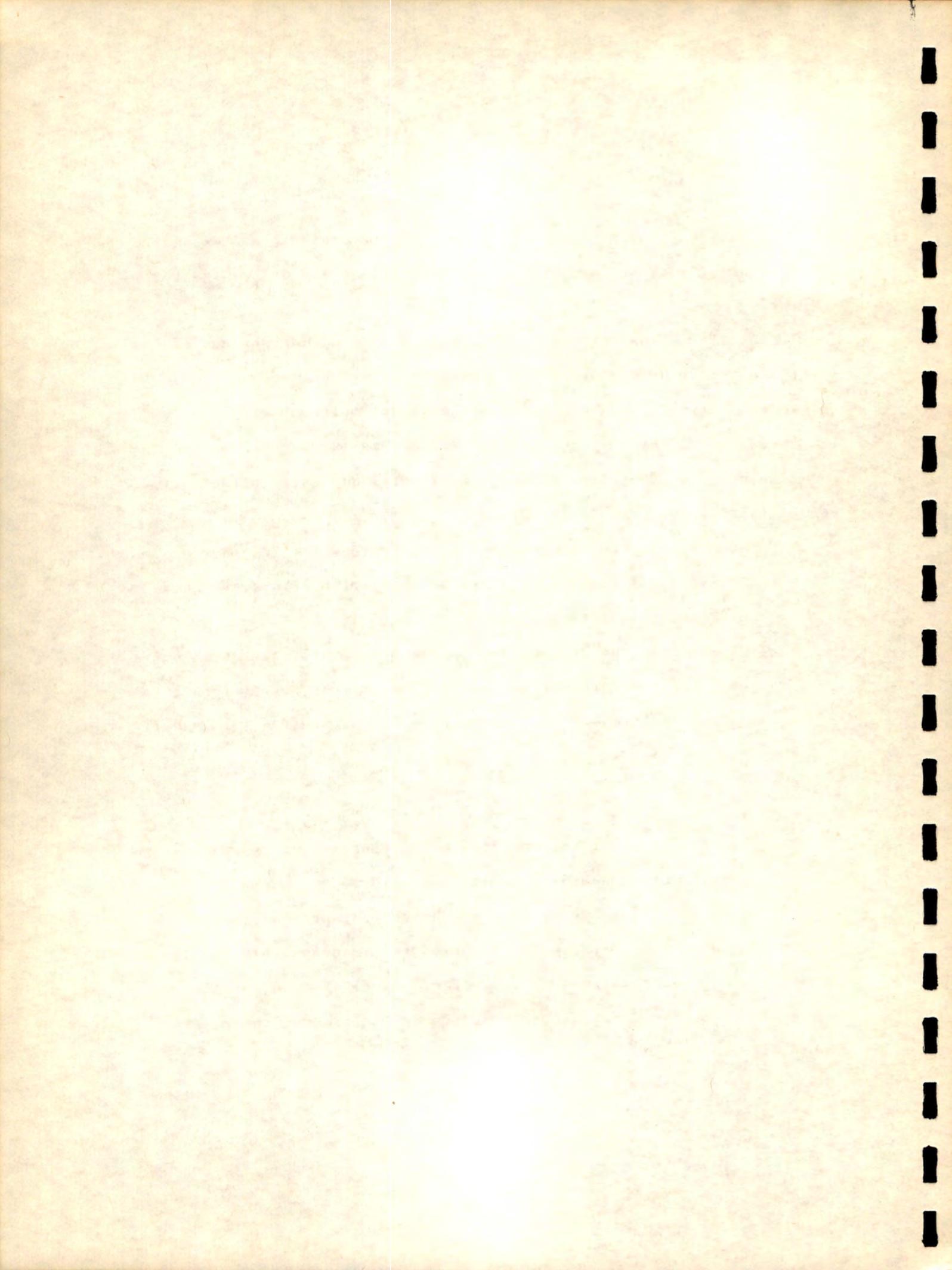
En un plano operativo se puede considerar que este accionar tiene dos expresiones fundamentales:

- 1- El que está basado en la sustancia ( droga ) y la considera activa en sí misma; por lo tanto la "oferta de drogas" causa el fenómeno adictivo.
- 2- El que entiende el fenómeno adictivo como producto de un entrecruzamiento de factores sociales, históricos, económicos e individuales que marcan la aparición de ese síntoma y la modalidad del mismo.

- 1- El enfoque que privilegia las sustancias, es expresión de los modelos Ético-Jurídico y Médico-Sanitario.

Esta concepción se traduce en un accionar preventivo que se desarrolla fundamentalmente a través de la información sobre las distintas sustancias, su modalidad de uso, efectos y niveles de dependencia que crea. Para esta modalidad, prevención es sinónimo de información sobre riesgos.

Este material "introduce" en muchos casos terminología antes



desconocida, nombres de drogas inexistentes en el país y narraciones alarmantes sobre los efectos que en muchos casos despiertan curiosidad, al punto que las charlas producidas a posteriori de la difusión del material, abundan las preguntas sobre los efectos.

La experiencia ha demostrado la poca operatividad de este tipo de acciones por lo parcializada y porque satura de datos y detalles donde quizá ni siquiera había una pregunta. Se podría hacer un paralelo y afirmar que este tipo de mensaje es tan válido como intentar prevenir sobre la violencia informando sobre las características técnicas de un arma.

Ejemplo de estos materiales gráficos es la cartilla publicada por la Secretaría para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico.

Otra modalidad utilizada desde esta orientación es la difusión de material testimonial, donde se relatan brevemente historias de vidas de drogadependientes que abandonaron la adicción por medio de una salida mística.

"Daniel, por ejemplo, se deliraba con la coca y los ácidos sabiendo por ahí con patotas para destrozar todo lo que quisiera cruzarse delante de ellos...Un día de esos se cruzó en nuestro camino y las "ondas de Amor y Paz" de Jesús lo dieron vuelta y le mostraron cosas de locos, y los viajes celestiales que está haciendo desde entonces lo convirtieron en un ser feliz mil por mil. ( Cartilla de "Ondas de Amor y Paz" del Pastor Giménez ).

Otra práctica común de orden místico es la de repetir todas las mañanas una "filosofía diaria".

"Estamos aquí porque no hay ningún lugar donde escondernos de nosotros mismos, hasta cuando una persona, no confronta a sí misma, en los



ojos y en el corazón de los demás; escape, hasta cuando no les permita a los demás compartir sus secretos, éstos no le darán descanso, temeroso de ser conocido no podrá conocerse a sí mismo ni a los demás, estará solo.

Dónde sino, en nuestros puntos comunes, podremos encontrar un espejo. Aquí, juntos, una persona, puede por fin manifestarse claramente a sí misma; no como el gigante de sus sueños ni el enano de sus miedos, sino como un hombre, parte de un todo, con una contribución para ofrecer, sobre este terreno, podremos enraizarnos y crecer; no más solos como en la muerte, sino vivos, para nosotros mismos y para los demás".

Esta "filosofía" se dice todas las mañanas en la comunidad "El castillo" dependiente del Programa Andrés. Esta modalidad de empezar el día con una oración, supone que repetir un decir que no es propio, produce un sentimiento y creencia en lo que se dice. Esta técnica no hace más que consolidar una dificultad que existe en todos los seres humanos y que la adicción encubre, que es la de lograr una identidad a partir de la propia historia y por la construcción de proyectos personales; proceso que sólo puede darse posibilitando el propio decir.

Otro tipo de discurso preventivo es el que difunde supuestas conductas, actitudes o perfiles característicos de los jóvenes que son adictos. Se promueve así la vigilancia, control y sospecha sobre la juventud reforzando la asociación juventud-transgresión; drogas-delinuencia.

Este camino tiende a acentuar la exclusión que ya afecta a la población juvenil por la inexistencia de alternativas sociales de inserción y realización de proyectos.

Un ejemplo de estos mensajes dirigidos a padres y educadoras en una cartilla de prevención: "Poco a poco se van alejando de la familia, salen de casa sin pedir permiso. Algunos llegan con mucho apetito.



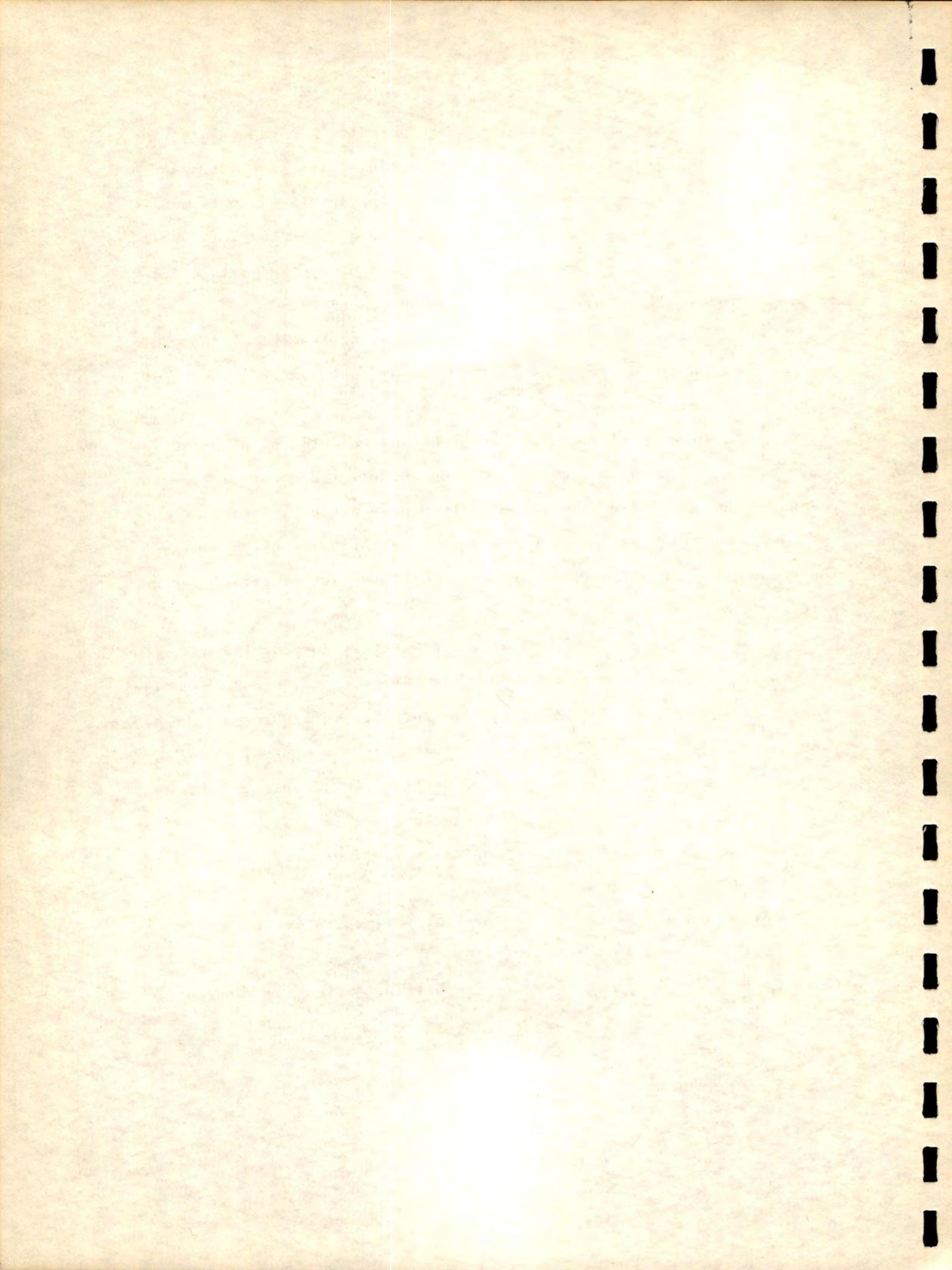
En cambio hay quienes llegan totalmente inapetentes. Se les notará ( de acuerdo a la droga consumida ) la cara sudorosa. Otros cuando llegan a la casa lo hacen sin mirar a nadie. Muchos se fanatizan con la música Pop y la escuchan estridentemente. Gustan de afiches de cantantes de moda. Poco a poco se convierten en irresponsables. Les gusta el auto-stop. Practican un hippismo muy latinoamericano".

Esta descripción es válida para cualquier adolescente, y por qué no, para cualquier adulto; en definitiva se promueve la sospecha: "cualquiera puede ser drogadicto".

Aunque otras cartillas sean menos burdas en esta intención de definir el "perfil de un drogadicto" es conveniente reconocer su esencia, pues no sólo no resulta eficaz como método preventivo, sino que promueve ( con toda razón ) el descrédito de la población juvenil a mensajes tan engañosos y encubridores en el mejor de los casos; y persecutorios y represivos en general.

Este tipo de acciones preventivas se sectorizan cada vez más, generando áreas de prevención para jóvenes, adolescentes, preadolescentes, líderes barriales, etc. La sectorización refuerza la superespecialización que se observa en los discursos, y cada vez más profesionales se especializan en recortes más estrechos de lo social, contribuyendo a la pérdida de integralidad y resquebrajamiento de los lazos solidarios que es quizá una de las causas fundantes de la problemática del uso indebido de drogas.

Esta parcialización hace que se "culpabilice" a distintos sectores sociales, en lugar de posibilitar que éstos se sauman como artífices de la modificación de las propias circunstancias que generan el mal social.



2- Esta forma de abordaje tiende a dar prioridad a programas inespecíficos en los cuales el problema de las drogas pasa a un segundo plano.

En el campo de la prevención inespecífica los programas preventivos dejan de recaer en "expertos" que en general desconocen la realidad de cada zona, barrio o comunidad.

Este tipo de programas preventivos se encuadran dentro de los modelos Psico-Social y Socio-Cultural.

"El desarrollo de programas de prevención en el uso de drogas basados en la participación de la familia y la comunidad requieren nuevos enfoques para motivar e incorporar de manera más significativa a la población, quienes al conocer con mayor profundidad sus problemas y formas de solucionarlos, adquieren más seguridad en sí mismos, más capacidad para resolver otros problemas y mayor garantía para la continuidad y permanencia de los programas. ( Investigación sobre métodos de prevención en América Latina, realizado por el INSTITUTO DE RELACIONES EUROPEO-LATINOAMERICANAS ).

Este tipo de prevención tiene un importante desarrollo en América Latina y coexisten diversos criterios, pues al hacer el eje en la participación comunitaria, reconoce y responde a las características sociales, culturales y económicas regionales.

Desde este enfoque se determina la relación del sujeto con las drogas en tres categorías: Uso, abuso y dependencia, e incluye el alcohol y los psicofármacos dentro de la actividad preventiva.

Esta modalidad tiene otra característica fundamental y es que plantea una división tajante entre las políticas de represión del tráfico y la prevención del uso indebido de drogas. Además de considerar



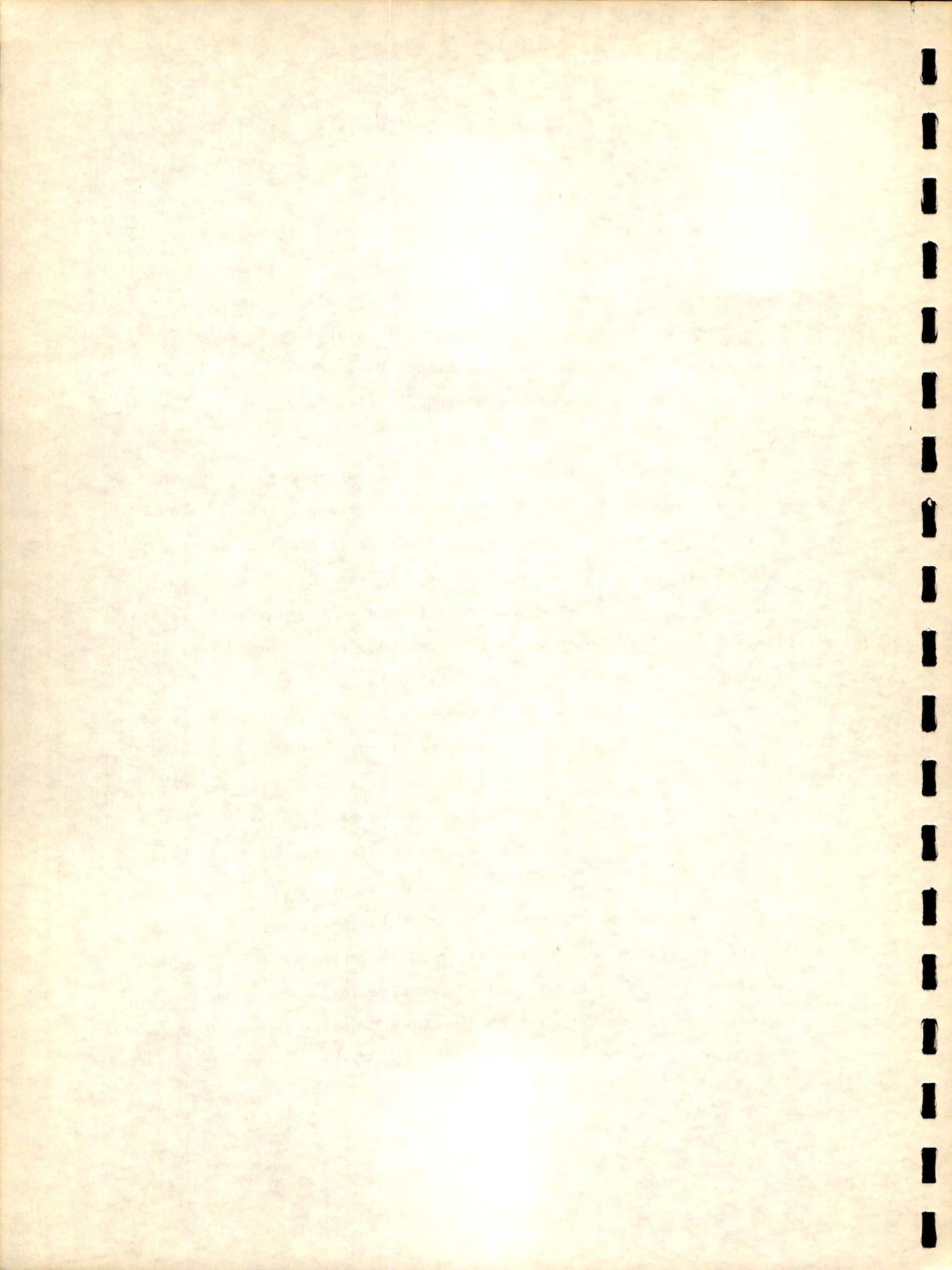
Los factores estructurales económicos, políticos y sociales, se denuncia abiertamente los mecanismos por los que en esta sociedad se estimula la conducta adictiva: la propaganda médica, el consumismo exaltado, el sentido simbólico propuesto en las propagandas de alcohol, cigarrillos.

De esta manera se produce una inversión: el objetivo no es informar, alarmar sobre lo que las sustancias producen; ni estigmatizar, rotular o "detectar" adictos-delinquentes potenciales, sino incentivar la transformación del tiempo libre en tiempo creador, propiciando técnicas de juego y recreación que sean propuestas por los mismos interesados y que los expresen.

En definitiva esta forma de prevención implica una concepción mucho más elaborada y abarcadora del fenómeno del uso indebido de drogas: "Tal vez esto avale el hallazgo, a nivel de la clínica, de la falta de una personalidad toxicomaniaca, en la medida que la drogadicción sería una manera de estar en el mundo, a la que subyacen una diversidad de situaciones que tienen como común denominador la pérdida de valores y de l sentido de para qué la propia existencia...

Un programa de prevención de drogas es un programa social, y por lo tanto debe ser encarado desde una óptica reproductora y no represora hacia la persona sujeto del problema". ( Estudios sobre drogadicción en la Argentina. Ana María Kornblit y colaboradores ).

Distintas técnicas responden a este enfoque. El taller de trabajo pone el acento en la reflexión de las causas y condicionantes de una problemática e incorpora la visión propia de los participantes, o sea cómo se ubican ellos a partir de sus propias experiencias. En esta modalidad los interesados son sujeto de cuestionamiento y transformación. Esta metodología alternativiza las consabidas "charlas de especialistas".



El psicodrama promueve ( a partir de un espacio que incorpore lo lúdico y lo creativo ) la posibilidad de expresar y poner en juego conflictos que están latentes y evita la intelectualización ligera de los problemas.

A continuación se analizan distintas instituciones que plasman en su accionar estas dos grandes concepciones.



FONDO DE AYUDA TOXICOLOGICA F.A.T.

Esta institución se encuadra dentro de un discurso y de una práctica en lo asistencial y preventivo que responde al modelo PSICO-SOCIAL, con influencias y entrecruzamiento de los discursos MEDICO-SANITARIO y SOCIO-CULTURAL.

La misma tiene su origen en la experiencia llevada adelante por la Cátedra de Toxicología de la Facultad de Medicina. En el marco de la creciente demanda social que crea el fenómeno de la farmacodependencia, a partir de la década del sesenta, se crea en 1966 el Fondo de Ayuda Toxicológica ( F.A.T. ), institución privada sin fines de lucro que se dedica a dar respuesta a la problemática en dos niveles:

a) La investigación en el área biológica para trabajos de toxicología experimental y avances del ADN, toxicidad cancerígena, rechazo de transplantes, etc.

b) El área de prevención primaria y tratamiento de la farmacodependencia ( alcoholismo y drogadicción ) siendo en este campo la más antigua del país.

"A partir del año 1975, el equipo de profesionales de FAT. desarrolla el modelo PSICO-SOCIAL. El mismo es presentado ante la UNESCO y recomendado por éste como modelo de Prevención Primaria aplicable a Latinoamérica en lo concerniente a la educación relativa a drogas" ( Publicaciones técnicas de FAT N° 2 ).

Si bien esta institución nace a partir de un discurso médico-toxicológico, en el transcurso de su propia práctica modifica su concepción y se encuadra dentro de los modelos asistenciales y preventivos en Farmacodependencia, que entienden a ésta como una expresión sintomá-



tica de una problemática estructural. De esta manera invierte su concepción y pasa de poner el acento en el objeto droga como agente tóxico, para plantear que el adicto hace a la droga y no la droga al adicto. El problema de la dependencia o uso de las drogas no se produce a partir de la oferta de éstas sino por múltiples causales sociales, históricas y económicas del contexto que desencadenan en un individuo, la aparición del síntoma adictivo y la particularidad de la droga elegida.

"Ante todo consideramos que el protagonismo no puede responder a un qué, sino a un quién. Quién es un adicto? Un adicto es fundamentalmente una persona. Una persona enferma cuyo síntoma es la farmacodependencia". ( Publicaciones Técnicas de FAT. ).

Esta es considerada una respuesta a una situación psicológica y familiar patológicas, y su aparición depende por lo menos de tres factores:

- 1) Antecedentes ( estructura psico-biológica ).
- 2) Condicionantes ( medio socio-cultural ).
- 3) Desencadenantes ( sucesos adversos ).

El modelo ETICO-SOCIAL aporta dos postulados de base para encarar e l accionar tanto preventivo como asistencial:

- a) La utilización del tiempo libre como tiempo creador.
- b) El compromiso ético para la comprensión y resolución de problemas.

Desde esta perspectiva LA PREVENCIÓN pasa principalmente por la posibilidad de ofrecer alternativas de inserción social al adolescente ( población con la que la institución trabaja mayoritariamente ), que éste pueda concebir su propio proyecto vital y que la sociedad se sienta como responsable. La droga es considerada como una "producción social" y así se explica la variabilidad de "la moda de las drogas".

En la década del 60 el fármaco más utilizado era la amfetamina



porque ayudaba a satisfacer la meta social de "la producción" en forma más rápida.

En los años de la dictadura en la Argentina ( según la institución) predominaron las drogas "intermedias", de producción legal y circuito restringido ( tranquilizantes ).

En estos momentos FAT. esta profundizando el estudio del "tipo de drogas" según el momento histórico en nuestro país.

Desde esta perspectiva la Prevención Primaria que encara la institución consiste en un accionar basado en el contacto directo con grupos que tienen relación íntima con el problema de la adicción: adolescentes, padres, docentes, profesionales. El equipo de profesionales es interdisciplinario: médicos, sociólogos, psicólogos, asistentes sociales. Entre las actividades se destacan las charlas, jornadas, talleres en los que se evalúa tres momentos:

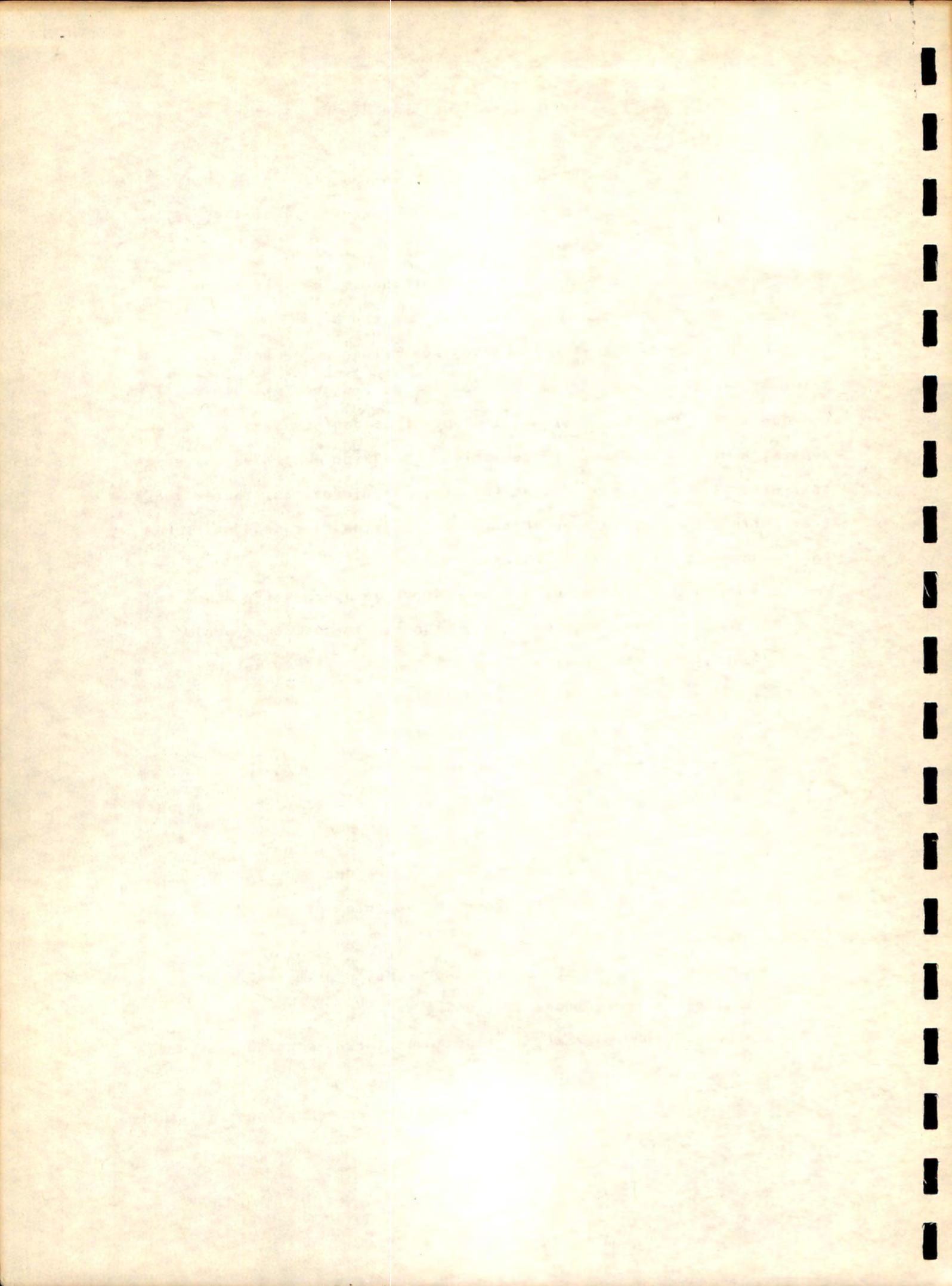
- 1) Un primer momento en que se elabora un diagnóstico sobre las motivaciones de la demanda y el contexto en que se produce.
- 2) Análisis del nivel actitudinal y participativo del auditorio.
- 3) Registro textual de las inquietudes de los participantes para cotejar centros de interés comunes.

El propósito es que la evaluación se haga en "proceso" y no como punto final, como culminación. Su objetivo es la construcción conjunta del accionar entre participantes y profesionales.

FAT. desarrolla también en el área de prevención cursos de capacitación para estudiantes universitarios, docentes primarios y secundarios, y graduados.

Se puede resumir la actividad en prevención primaria desarrollada por la institución en acciones destinadas a:

- a) Un circuito informal, de tipo comunitario, centrado fundamentalmente en la familia.
- b) El sistema educativo formal ( incluye convenios con institucio-



nes oficiales como el CONSEJO NACIONAL DE EDUCACION TECNICA, la MUNICIPALIDAD DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES, etc.).

En lo referido a la Prevención Secundaria ( Asistencia-Tratamiento ) la metodología terapéutica apunta no solo a eliminar el síntoma sino a las causas estructurales que le dieron origen a partir de la reconstrucción y reelaboración de las situaciones traumáticas, el trabajo con la familia y el aliento a la construcción de un proyecto vital propio. El tratamiento consiste en una psicoterapia con control médico; no incluye deshabitación y desintoxicación forzados. En situaciones en que la familia no puede brindar la dedicación requerida se recurre al "terapeuta acompañante" que cumple la función de colaborar para la reorientación del tiempo libre del paciente a partir de sus motivaciones y potencialidades hasta que pueda desenvolverse solo o la familia le brinde el continente necesario.

"El objetivo del tratamiento ambulatorio es no aislar al paciente de su medio familiar, lo que impide que la familia deposite motivamente la enfermedad y sus causas en el paciente y en la institución que lo toma a su cargo". ( Publicaciones Técnicas de FAT. N°2 ).

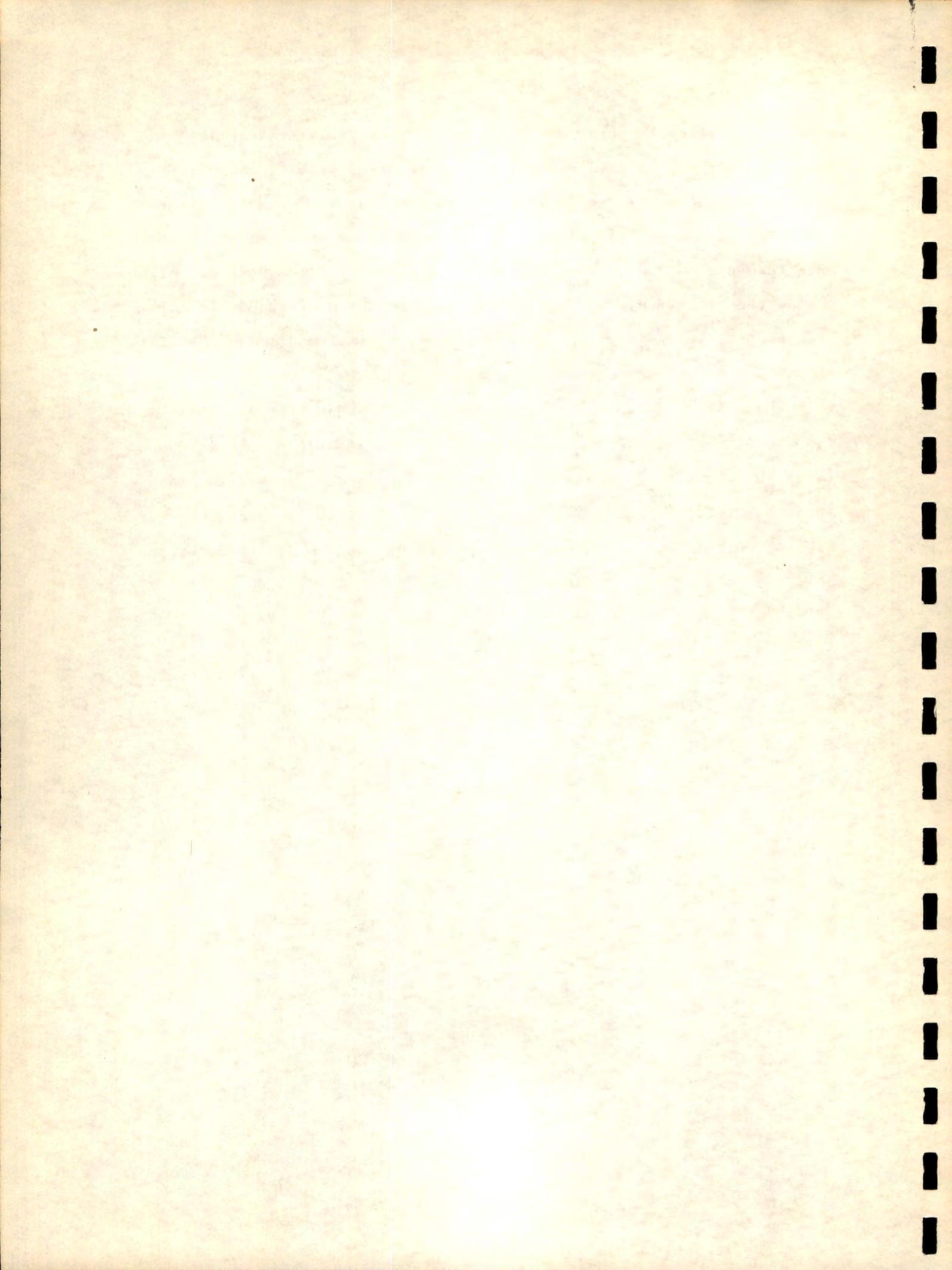
FAT. ofrece ( como otras instituciones que basan el tratamiento en formas ambulatorias ) la opción de "HOSPITAL DE DIA" donde el paciente pasa de 6 a 8 horas diarias realizando tareas recreativas, de capacitación ( entretenimiento en diversas técnicas, oficios y habilidades con posibilidad de cierta ampliación laboral ) e integrando la psicoterapia individual y grupal.

No es factible brindar estadísticas de casos de recuperación de tratamientos realizados en la institución ya que en ella ( y esto es un hecho general de la mayoría de las instituciones que trabajan en la problemática ), no está delimitada claramente la población base, ya que



varían los criterios para considerar como iniciado un tratamiento "y medir a partir de allí la efectividad". Del mismo modo al considerar la "conducta adictiva" como un fenómeno complejo y que abarca diversas sustancias legales e ilegales, valdría preguntarse si un sujeto que hipotéticamente deja de abusar de una droga ilegal y fuma uno o más paquetes de cigarrillos diarios y toma tranquilizantes <sup>h</sup> modificados la adicción como forma de vínculo con los objetos, o simplemente ha constituido una forma de dependencia por otra.

En este sentido se puede avanzar en un trabajo interdisciplinario y con participación de organizaciones del área estatal y no gubernamentales, en el establecimiento de criterios comunes que permitan una aproximación a criterios cualitativos y cuantitativos comunes como herramienta que coadyuve a la evaluación permanente de las distintas acciones.



RED METROPOLITANA DE SERVICIO DE ADICCIONES

Esta Red de servicios se crea en 1990 y comprende todos los efectores hospitalarios y extrahospitalarios dependientes de la Secretaría de Calidad de Vida de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires.

Consiste en una estrategia sanitaria, interdisciplinaria e intersectorial, con el objetivo de dar una respuesta a todos los aspectos del fenómeno adictivo en lo concerniente a lo preventivo, asistencial y resocializador.

Esta instancia surge como necesidad de dar respuesta a partir de un sistema integrado a la gran demanda que genera el fenómeno adictivo y la confusión frente a la diversidad de enfoques terapéuticos y preventivos: la superposición en algunos casos y la inexistencia en otros de ofertas asistenciales y preventivas.

En 1988 diversas instituciones, entre las cuales se encontraba la Dirección General de Atención Médica de la Municipalidad de Buenos Aires, CE.NA.RE.SO. y CO.TE.SAL. dependientes de la Secretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud y Acción Social, efectuaron un relevamiento en los hospitales del área metropolitana obteniendo datos significativos: "el 100% de las instituciones tienen demandas de pacientes adictos; la mayoría de los efectores carecen de equipos formados específicamente en la problemática de adicciones; las tres cuartas partes de los establecimientos realizan tareas preventivas ( charlas en escuelas con alumnos, padres y docentes ); la mayoría de los consultados opinó que las instituciones asistenciales deben ofrecer toda la gama de respuestas frente a las adicciones, en el orden preventivo, de rehabilitación y de orientación. ( Anexo 1 del Decreto Municipal de Creación



de la Red. Fundamentación de la Red ).

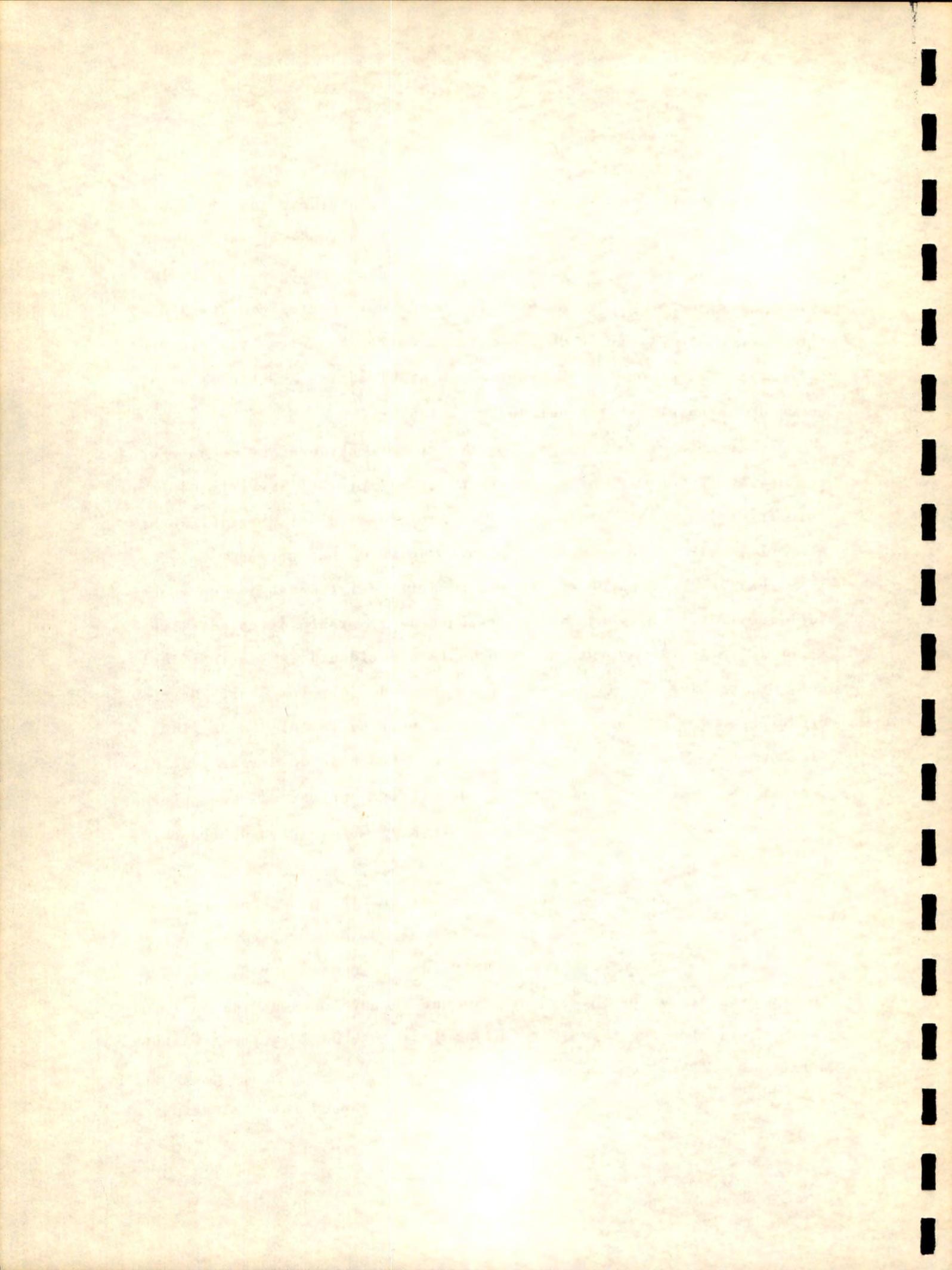
Esta propuesta encuadra dentro del modelo psico-socio-cultural, con profundas influencias del médico-sanitario debido a que al estar constituido por diversas instituciones hospitalarias y extrahospitalarias, cada una aporta su historia, experiencia y enfoques particulares; pero lo rico de la experiencia es la confluencia hacia la necesidad de reconocer en la etiología de las adicciones los aspectos históricos, sociales, psicológicos y económicos de la problemática que excede el alcance del área específica del Sector Salud.

Este hecho resulta significativo si se considera que en esta conceptualización del fenómeno convergen por ejemplo: el Servicio de Toxicología del Hospital Fernández, el de Adolescencia del Hospital de Niños, el centro de Salud Mental Ameghino entre muchos otros.

Este proceso puede explicarse a partir del fracaso de una conceptualización parcializante y sectorizante de la problemática adictiva y por la cada vez mayor convicción de la comunidad de estas instituciones, de que los mensajes preventivos encarados por los medios de comunicación masiva no sólo no han ayudado a mejorar la calidad de vida, sino que han agravado ( en el caso del uso indebido de drogas ) la dimensión del problema ( mensajes que despiertan curiosidad, que alertan, que buscan producir angustia en la sociedad y marginación de los posibles adictos ).

En este sentido es factible apreciar en el lapso de un año cómo han variado los mensajes y campañas preventivas desarrollados por la Secretaría de Calidad de Vida de la Ciudad de Buenos Aires, que hace un año propiciaba mensajes y acciones que se pueden encuadrar en lo que la investigación realizada por IRELA ( Instituto de Relaciones Latinoamericanas ) llama "enfoque dramatizante".

"Se puede suponer que este enfoque centrado en las sustancias pue-



de estar ligado al enfoque que dramatiza, o más bien, que intenta inspirar temor ante el uso de las drogas por medio de descripciones aterradoras. A pesar de las buenas intenciones de los redactores, tales exposiciones resultan poco creíbles y los efectos pueden ser incluso contraproducentes". ( Investigación del Instituto de Relaciones Europeo-Latinoamericanas. IRELA ).

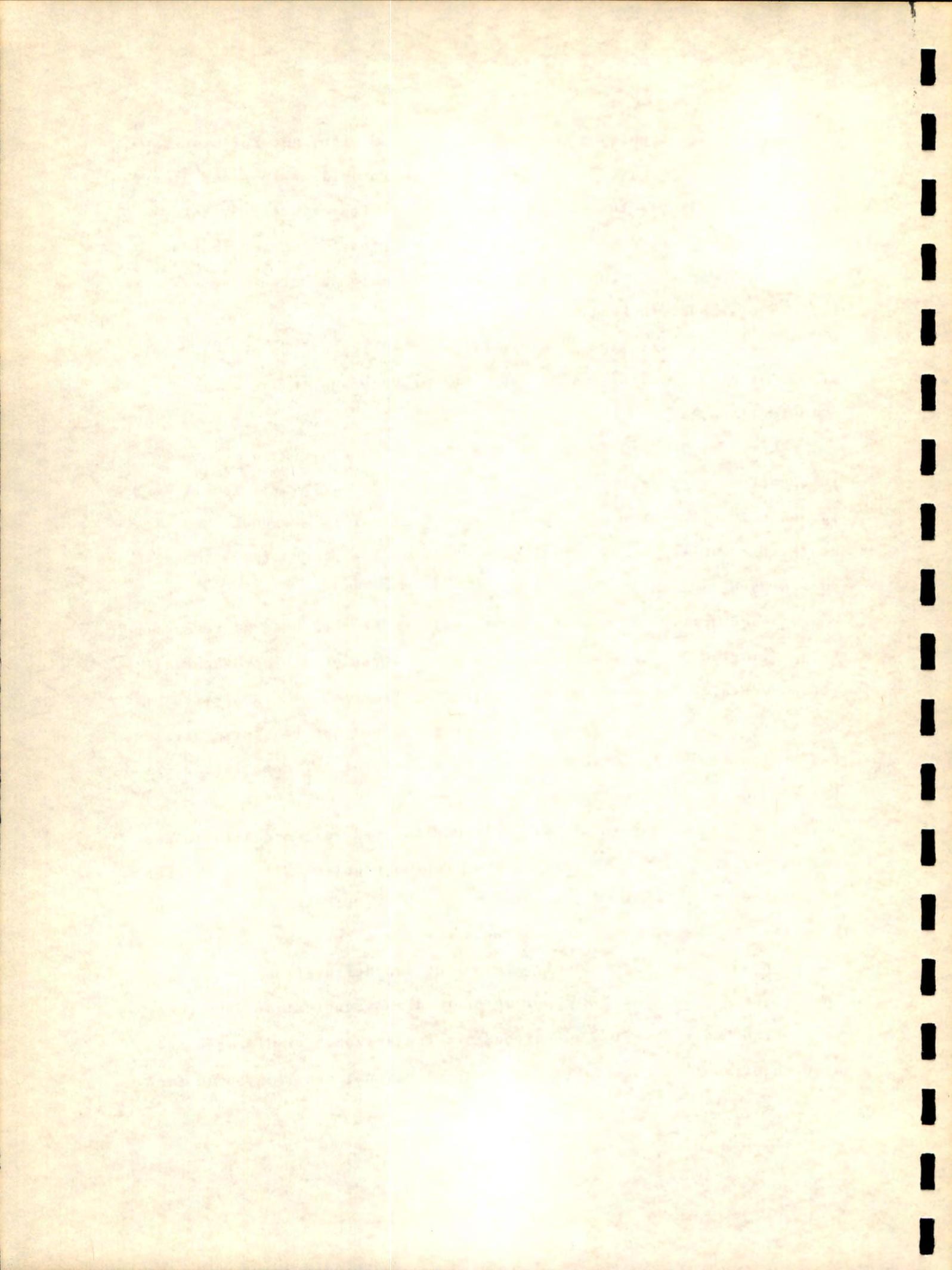
Dentro de este tipo de accionar pueden ubicarse los mensajes del tipo: "Sí a la vida, no a la droga". "La droga es basura". "La droga mata lentamente".

En la actualidad la Red orienta sus mensajes hacia la promoción inespecífica y la protección específica, difundiendo la existencia de la misma y su objetivo más amplio que es arraigar la prevención en el contexto comunitario y desarrollar y ejecutar los subprogramas de educación para la salud.

Son objetivos de la Red además: establecer programas de formación y capacitación, incorporar paulativamente a otros efectores de salud; y fundamentalmente además de la prevención primaria, el diagnóstico precoz y tratamiento interdisciplinario de los casos que requieran asistencia, a través de una medicina integrada e integral así como la resocialización de los pacientes tratados.

A tales efectos se dividió a la Capital Federal en cuatro zonas: Oeste, Centro, Sur y Norte; integrando representantes de los servicios de los hospitales municipales, de CENARESO y de COTESAL, existiendo entre ellos un mecanismo de derivación según las necesidades asistenciales.

Es interesante reproducir algunas de las definiciones conceptuales en que se enmarca la Red porque profundiza y contextualiza socialmente la problemática de las adicciones alternativizando el discurso médico objetivante y especializante: "Las adicciones constituyen un fenó-



meno social que motiva preocupación en el ámbito salud...

La profundización del conocimiento sobre el uso indebido de drogas, incluyendo alcohol y tabaco, así como otras adicciones ( a los alimentos, juegos compulsivos, etc. ) reconoce la multicausalidad y su expansión mundial, sin fronteras etáreas, geográficas, religiosas, políticas y socioculturales... La existencia de un constructivo proyecto de vida que mejore la calidad de la misma, y el espíritu participativo de la Comunidad, entendiéndose por ella a sus gobernantes y población general, que contribuyen a crear un ambiente de seguridad que reduce riesgos..." ( Programa de la Red Metropolitana de Servicios en Adicciones.- Marco Conceptual. ).



CENTRO NACIONAL DE REEDUCACION SOCIAL ( CENARESO. )

En la década del 70 se crean una serie de organismos nacionales y provinciales, entre ellos, en 1973 durante el gobierno de Lanusse, el primer organismo asistencial del país dependiente del sector estatal: CENARESO.

Hasta aproximadamente el año 86, esta institución propone la psiquiatrización del problema del uso indebido. Creada con ámbito alternativo a la cárcel, pero siendo los tratamientos e internaciones realizados mayoritariamente de manera coercitiva, ya que la opción es la cárcel o internación, mantiene la estigmatización del supuesto "adicto".

Proclama ( como <sup>1ª</sup> institución penal ) su objetivo resocializador, siendo en la práctica como aquella, una herramienta que refuerza la marginalidad y la dificultad de inserción en proyectos constructivos en la sociedad a posteriori de la "internación".

En esta primera etapa, es una institución cerrada, su labor es de las puertas para adentro, se producen fugas con frecuencia, existe personal policial de custodia, la organización de profesionales es verticalista y autoritaria.

A partir del inicio de la democracia se empieza a modificar su concepción fuertemente asentada en los modelos Ético-Jurídico y Médico-Sanitario y se produce un deslizamiento hacia la concepción Psico-Social y Socio-Cultural, que hoy es llamado por la institución Ecológico-Social.

Este cambio se hace efectivo, a pesar de las tendencias que resisten en cualquier institución psiquiátrica que se planteo su modificación ( el ejemplo más extremo de esta situación es el caso de los hospitales psiquiátricos como el Borda o el Moyano ). Esto se debe a la compleja red de discursos, prácticas y poderes que se entrecruzan y pugnan por



sostenerse.

En concreto la modificación de un discurso en lo que hace a sus enunciados no basta para producir una nueva práctica. Una concepción necesita de un discurso que la legitime, pero se asienta también en: una organización y dependencia administrativa, un espacio edilicio concreto, las pugnas políticas por el poder en la institución, la formación de los recursos humanos y fundamentalmente el imaginario que la sociedad construye y deposita en una institución.

De todas maneras CE.NA.RE.SO. posee hoy pautas y prácticas afirmadas en una concepción que privilegia la inserción comunitaria, el tratamiento ambulatorio, la prevención inespecífica, el desarrollo de aptitudes constructivas y creadoras.

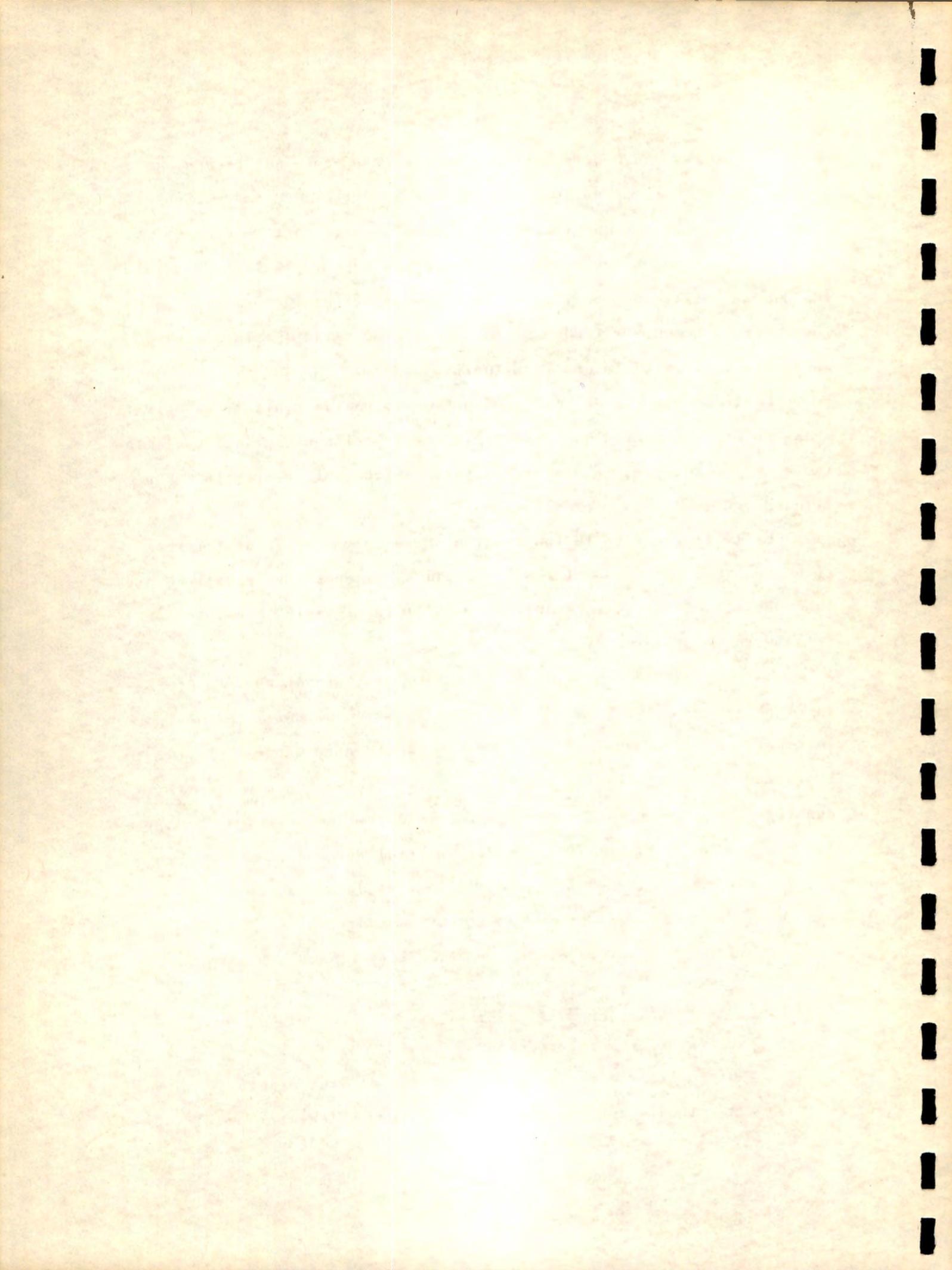
El tratamiento en la institución no se apoya en la "desintoxicación" ( modelo médico-sanitario ) y desde su dirección se cuestiona profundamente la existencia de derivaciones judiciales sin la aceptación voluntaria del interesado.

En este sentido surge de la comunidad profesional no sólo de esta organización, sino de todas las encuadradas en el modelo psico-socio-cultural, un cuestionamiento a la recientemente sancionada "ley de represión contra el tráfico ilícito de estupefacientes" por la cual se penaliza con prisión el consumo y tenencia de estupefacientes. Por ejemplo en el servicio de toxicología del Hospital Fernández se registra ultimamente una menor demanda de atención y se descarta que la causa sea la disminución de casos de uso indebido de drogas.

Los servicios que presta en la actualidad CE.NA.RE.SO. son:

+ Servicio del Área asistencial:

- Orientación e Información
- Diagnóstico Admisión y Planeamiento de Tratamiento
- Asistencia Ambulatoria ( Consultorios Externos )



- Centro de Día
- Residencia Urbana Adolescente
- Residencia Urbana Adulto
- Servicio del Area Acción Comunitaria:
  - Prevención
  - Acción Social
  - Reinserción Social
  - Asociación Cooperadora
- Servicio del Area Capacitación e Investigación:
  - Document. e Información- Biblioteca
  - Capacitación
  - Investigación
  - Estadística
- Servicio del Area Jurídica:
  - Asesoría a Dirección y área Administrativa
  - Asesoría a la Red Asistencial
  - Tareas de interrelación con otras instituciones

El CE.NA.RE.SO. tuvo una activa participación en la promoción de Constitución de la Red Metropolitana de Servicios en Adicciones. Dentro de este marco promueve fundamentalmente la creación de Centros Ambulatorios y se tiende a no recurrir a la internación, salvo casos excepcionales y con el acuerdo de la persona interesada.

Promueve una concepción antiestigmatizante y antirotuladora, se refiere a las personas que demandan servicios como "asistidos" y no co-



mo "adictos".

Distingue claramente entre el uso-abuso y adicción.

En relación a los mensajes y campañas preventivas impulsan: una orientación que contempla no producir miedo, apuntar a las causas más que a los efectos, evitar la asociación droga-delinuencia, promover discursos coherentes y no encubridores, apuntalar la prevención y no la represión.

Su lema es "Por una libertad sin dependencias". En una de sus cartillas preventivas propone " nos preguntamos:

...nos sentimos vacíos, sin proyectos?

...queremos:

...empezar a darnos cuenta que podemos hacer otra historia...  
cómo?

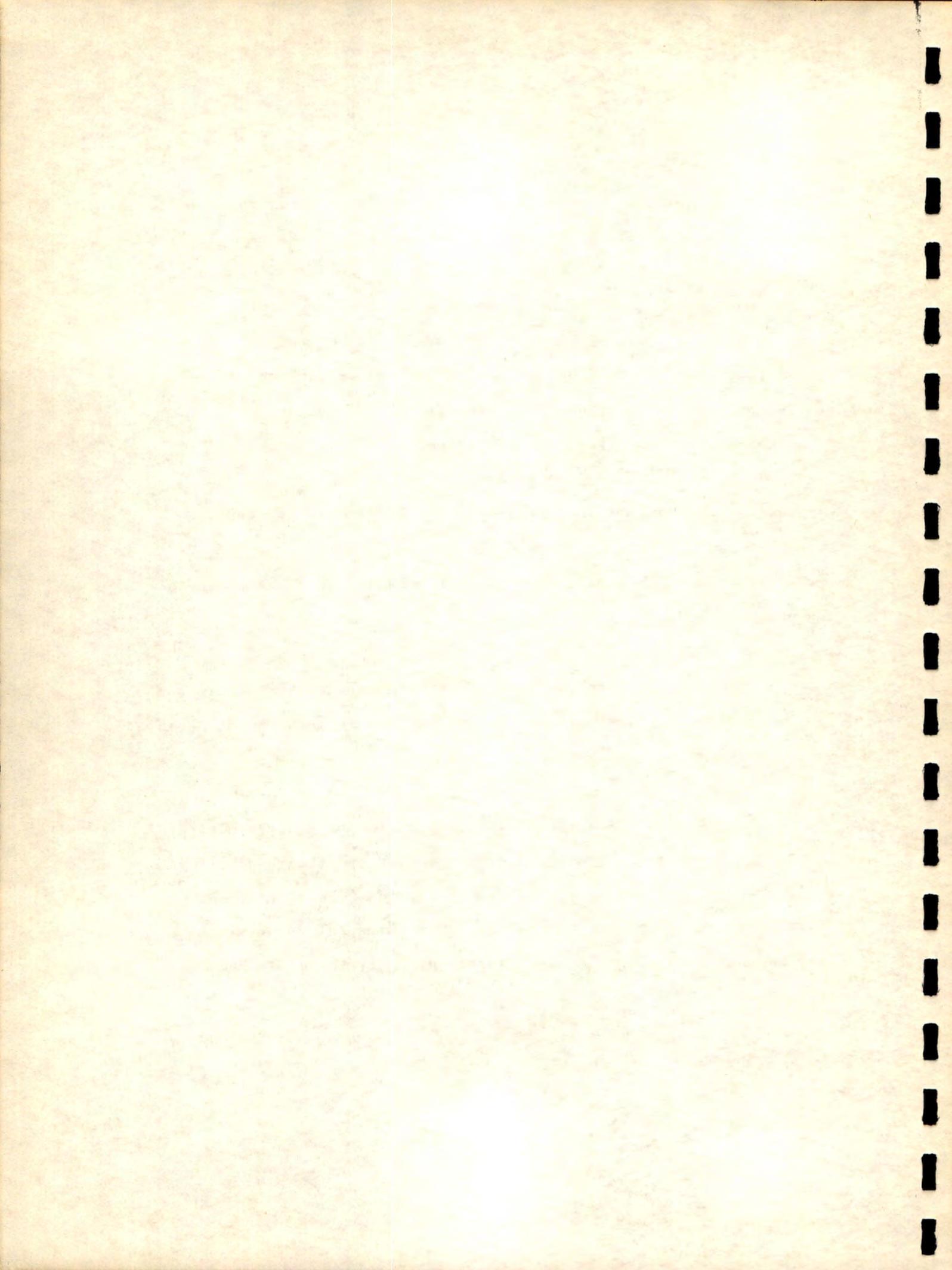
con ideas, participando en actividades que nosotros mismos podemos proponer...

La propuesta es:

... participemos, construyamos nuestro futuro.

... salgamos del vacío transformando nuestra realidad.

En el aspecto de capacitación, esta institución realiza múltiples actividades: seminarios, becas, ofrece formación práctica a partir de lasconcurrencias. Existen convenios con el área de Educación de la Municipalidad de Buenos Aires ( en la actualidad estos intercambios con el Sector Educación se realizan mayoritariamente a través de la Red Metropolitana ).



## COMUNIDADES TERAPÉUTICAS

Esta forma de tratamiento tiene su origen en los EE.UU., en una institución en SYNNANON ( California ) que fue fundada en 1958, como un desprendimiento de Alcohólicos Anónimos. En 1963 se fundó DAYTOP VILLAGE en New York, a partir de la iniciativa de varios magistrados de la Corte Suprema de NEW YORK que buscan una alternativa de tratamiento a la pena de cárcel para los consumidores o dependientes.

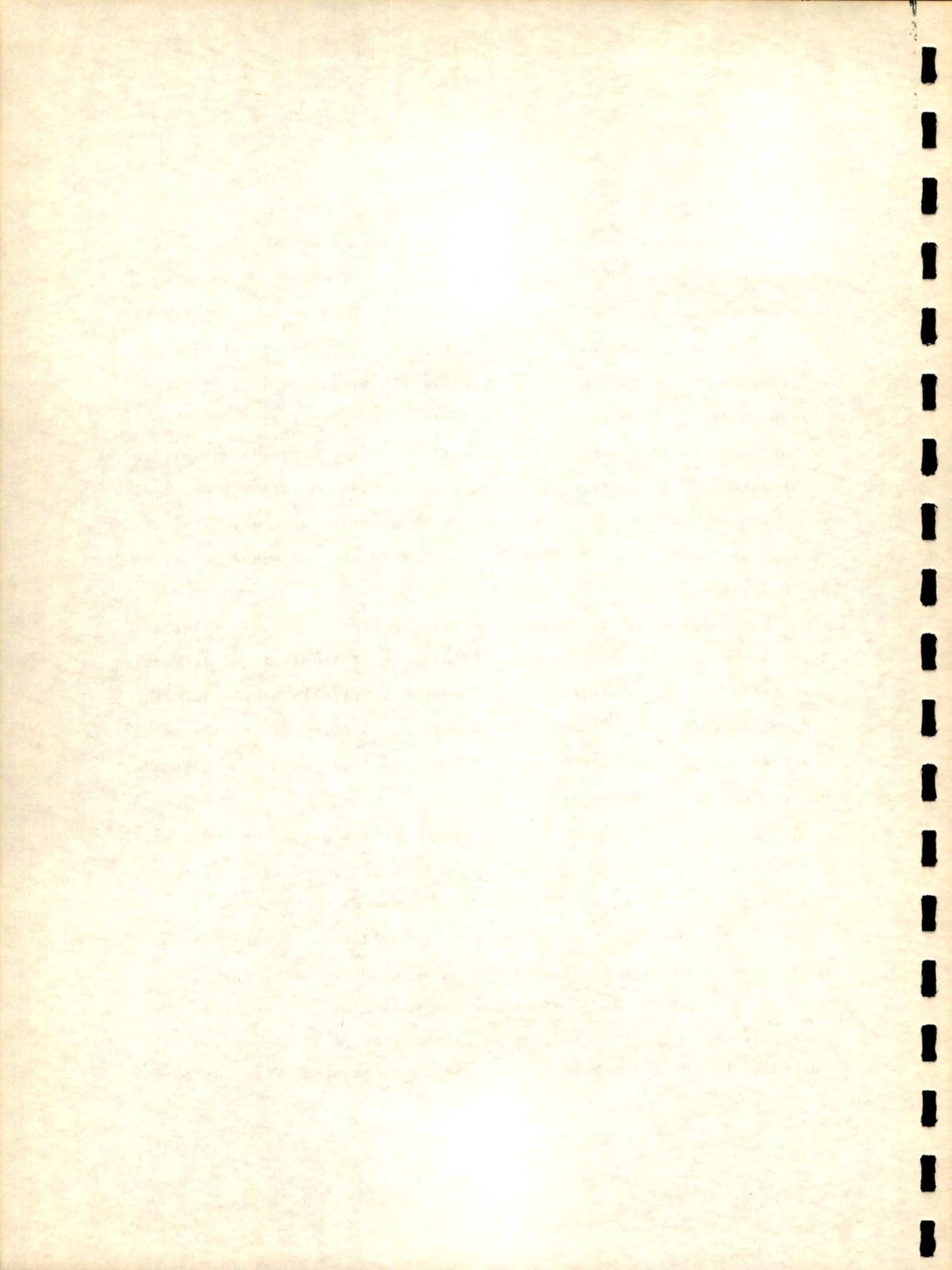
Esta modalidad terapéutica es introducida en Europa donde el Centro Italiano de Solidaridad se plantea el trabajo comunitario con "adictos" en Roma. De estas reuniones nace el Proyecto Hombre del CEIS, cuyo objetivo es el "cambio de vida" a través de una comunidad de personas comprometidas.

Este tipo de abordaje se desarrolla también en España, desde esferas tan disímiles como el Sector Estatal en el Ayuntamiento de Madrid, que ofrece entre sus alternativas de rehabilitación la opción de Comunidades Terapéuticas y también desde AGIPAD ( Asociación Gipuzcoana de Investigación y Prevención del Abuso de las Drogas ) que está subvencionada por el SERVICIO VASCO DE SALUD.

En la Argentina se desarrolla este modelo a partir de 1986, existen diversas instituciones que llevan a cabo esta modalidad terapéutica, las más conocidas son: PROGRAMA ANDRÉS y VIAJE DE VUELTA/

El Programa Andrés funciona desde hace 12 años. En sus comienzos, su accionar se limita a lecturas de la Biblia y prácticas religiosas.

Está dirigido fundamentalmente por ex-adictos. En un principio no se planteaba como alternativa de rehabilitación y reinserción en la sociedad. En 1987, comienza a funcionar como Comunidad Terapéutica por



la influencia que este movimiento cobra en el mundo, dedicándose entonces a la recuperación de adictos.

Este tipo de tratamientos se encuadra dentro de los que ponen el acento en trocar una conducta indeseada vinculada con la ilegalidad, por otra de carácter legal y que cuente con el consenso social.

Supone un proceso de reeducación, de adaptación de una conducta desviada pero que no toma en cuenta la situación estructural de la que esa conducta es emergente. Busca "encauzar" la esfera externa e inmediata a partir de un régimen de premios y castigos. El paciente debe ir superando obstáculos, alcanzando metas, incluso asumiendo jerarquías institucionales. Es un sistema de disciplinización, entrenamiento y transmisión de valores.

La caracterización que se hace del drogadependiente es la de "desviado" o "frágil", y esto es explicado como detención del desarrollo.

"La persona que llega al programa es emocionalmente un niño, el objetivo es ayudarlo a crecer hacia su autonomía y arribará a la última fase con características semejantes a un adolescente".

Estas instituciones que responden al modelo de Comunidad Terapéutica coinciden en tres etapas básicas en que se divide el tratamiento, aunque hay bastante variabilidad en relación a la duración y características de las mismas.

#### COMUNIDAD VASCA

Admisión: ( 2 a 5 meses ).

Es una fase preparatoria para la vida en comunidad. El equipo de educadores decide si se está preparado para "subir" a comunidad.



**Normas:** No consumir. Se hacen análisis periódicos de orina. No tener relaciones sexuales. No salir solo a la calle. No tener dinero propio. Ocupar el día con horarios y obligaciones. Escribir un diario contando cómo se siente el interno. Entrevistas con terapeutas tres veces por semana. Una reunión semanal con los padres y responsables.

Cuando el terapeuta opina que la admisión es bien llevada se visita el caserío donde se desarrolla la siguiente etapa.

Comunidad: ( 1 año ).

Existen tres subetapas: -Incomunicación ( 4 meses )  
 -Salidas ( cada 15 días )  
 -Ultima fase ( se pasa más tiempo en la calle ).

Se realizan diversas actividades: cocina; taller; limpieza; huertas.

Seguimiento: Se mantiene el contacto con la Comunidad y el tiempo es variable.

FUENTE: Revista de expresión Comunidad Terapéutica HALZE - GAIN - Junio 1989. Nº 17.

COMUNIDAD DE MADRID

Acogida: ( 2 horas ).



El director del Centro informa sobre el régimen, funcionamiento y características del tratamiento.

El equipo sanitario abre la historia médica y le asigna enseres ( vajilla, ropa de cama, toallas ).

Entrevista con el psicólogo responsable a lo largo de toda la estancia en la Comunidad Terapéutica.

Evaluación: ( 10 días ).

El psicólogo a través de entrevistas contempla las diferentes áreas: familia, pareja, sexualidad, laboral, relaciones interpersonales, escolarización, aspecto legal, habilidades, resolución de problemas, autoestima, hábitos de consumo, recaídas, conductas características, antecedentes psiquiátricos.

El objetivo es determinar si corresponde la indicación del usuario a Comunidad Terapéutica y confirmar el contrato y establecer una hipótesis de trabajo para el tratamiento.

Tratamiento: Comprende los Programas de intervención psicológica ( grupos terapéuticos, terapia individual, grupos de discusión ) y actividades complementarias: talleres, cultura, deportes.

Primer mes: no acceso al exterior, ni correspondencia ni visitas.

Segundo mes: dos llamadas, un día de la semana primera salida acompañado. Mandar y recibir correspondencia.

Tercer mes: dos salidas de un día.

Cuarto mes: las salidas van aumentando gradualmente.