

Salud en el municipio de Rosario

# Adicciones

Desafíos y abordajes



Secretaría de Salud Pública Municipalidad de Rosario

Las actividades científicas organizadas por la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario, que se iniciaron en 1990 emblemáticamente con los Congresos "La Salud en el Municipio de Rosario" y diversos seminarios, están adquiriendo una importancia creciente. Durante estos años, las Actas fueron dejando constancia de aportes de reconocidos expertos internacionales, de reflexiones de pequeños grupos de discusión, de miembros del equipo de salud.

Por otra parte, a partir del año 1998, numerosas actividades de investigación que se desarrollan en el ámbito de salud municipal, comenzaron a tener otro canal de difusión: la revista Investigación en Salud.

No obstante, consideramos que quedan aún sin un canal de expresión adecuado una serie de actividades que se desarrollan en el ámbito de la Secretaría de Salud y de todos sus electores. En ese sentido, la publicación "Salud en el Municipio de Rosario" pretende llenar un vacío. Proyectos, realizaciones, innovaciones teóricas o propuestas prácticas, experiencias de diverso tipo en las instituciones o en la comunidad. En suma: una pantalla en donde poder reflejar un trabajo cotidiano reconocido por su calidad y que ha permitido que gocemos en la actualidad de un sistema de salud consolidado, con efectores que constantemente han mejorado sus recursos humanos, materiales y financieros, aún en medio de una crisis socio-económica como la que atraviesa el país.

Para que todo este esfuerzo cotidiano de tantos trabajadores de la salud se conocido, compartido y enriquecido, invitamos a todos ellos a sumarse a esta iniciativa que pretende sistematizar y difundir sus contribuciones, a veces anónimas.

## **Palabras preliminares**

La Secretaría de Salud Pública quiere ofrecer, con este libro, un testimonio del trabajo que cotidianamente efectúa tanta gente comprometida con la salud y, en definitiva, con la comunidad: profesionales, técnicos, vecinos, docentes. Todos ellos se dan cita regularmente en las actividades científicas o de reflexión que organizamos y contribuyen al enriquecimiento conceptual de diversas problemáticas que conciernen a la salud y los involucran como profesionales, pero más aún como ciudadanos.

En este sentido, el tema de las adicciones, es uno de los más complejos. En este libro se plasman numerosas intervenciones que creemos brindan una visión amplia, a veces contradictoria, sobre los problemas y los enfoques adecuados para enfrentarlos. Con ello, queremos que se profundice el debate en el seno de la sociedad, en cuanto las soluciones para una problemática tan compleja deberán ser, más que en ningún otro tema, ampliamente consensuadas en el seno de la sociedad. Es aquí en donde comprendemos que las acciones disciplinares, profesionales, sectoriales, no tienen el impacto esperado. Y confluimos hacia la conformación de espacios de reflexión, de redes, de encuentros interdisciplinarios e intersectoriales para hacer posible una sociedad mejor. Y creemos que podemos construirla. La Secretaría de Salud Pública ha definido los ejes de su gestión, para conformar un nuevo modelo de atención en Salud. Como tantas veces, ciertas definiciones preliminares cobran sentido cuando, al cabo del tiempo, se han podido plasmar en la realidad.

Los pilares fundamentales de la gestión en salud, son la solidaridad, la equidad y la participación comunitaria: Participación del vecino y del ciudadano. Participación de la comunidad educativa. La escuela se encuentra necesariamente en la primera línea dentro de la problemática de la promoción y protección de la salud; por lo tanto, también de la prevención de adicciones. Es por ello el lugar dado al intercambio con los docentes, que ocupa buena parte de esta publicación. Participación fundamental del equipo de salud. Participación de los expertos que colaboran con nuestra gestión y que permiten que sus reflexiones queden reflejadas en estas publicaciones. Y nuestras publicaciones pretenden dar cuenta de toda estas instancias de participación.

Las actividades científicas organizadas por la Secretaría de Salud Pública de la municipalidad de Rosario, que se iniciaron en 1990 emblemáticamente con los Congresos "La Salud en el Municipio de Rosario" y diversos Seminarios, están adquiriendo una importancia creciente. Durante estos años, las Actas fueron el reflejo de estas actividades, dejando constancia de aportes de reconocidos expertos internacionales, de reflexiones de pequeños grupos de discusión, de miembros del equipo de salud.

Por otra parte, a partir de este año, numerosas actividades de investigación que se desarrollan en el ámbito de salud municipal, comenzarán a tener otro canal de difusión: la revista Investigación en Salud, que esperamos cuente cada vez con más y mejores contribuciones que aporten al prestigio de la publicación y al reconocimiento de quienes efectúan sus comunicaciones a través de este medio. No obstante, consideramos que quedan aún sin un canal de expresión adecuado una serie de actividades que se desarrollan en el ámbito de la Secretaría de Salud y de todos sus efectores. En ese sentido, la publicación "Salud en el Municipio" pretende llenar un vacío. Proyectos, realizaciones, innovaciones teóricas o propuestas prácticas, experiencias de diverso tipo en las instituciones o en la comunidad. En suma: una pantalla en donde poder reflejar un trabajo cotidiano reconocido por su calidad y que ha permitido que gocemos en la actualidad de un sistema de salud consolidado, con efectores que constantemente han mejorado sus recursos humanos, materiales y financieros, aún en medio de una crisis socio-económica como la que atraviesa el país.

Para que todo este esfuerzo cotidiano de tantos trabajadores de la salud sea conocido, compartido y enriquecido, invitamos a todos ellos a sumarse a esta iniciativa que pretende sistematizar y difundir sus contribuciones, a veces anónimas.

Gracias a todos los que hacen posible esta salud en el municipio de Rosario

Dra. Mónica Fein

Dr. Miguel Capiello

## **Presentación**

Este libro contiene una recopilación de conferencias, seminarios y encuentros sobre adicciones que el CePA, dependiente de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario, viene organizando desde su Área de Docencia e Investigación. Con éstas, se pretende abrir interrogantes sobre el tema y presentar distintos enfoques, en la creencia de que uno sólo no podría dar cuenta de la complejidad de este fenómeno. Se trata entonces, de dar lugar a distintos saberes; por eso es que son convocados: psicólogos, médicos, psicoanalistas, comunicadores

sociales. Los mismos profundizan, en estas páginas, temas, inquietudes o necesidades que el equipo interdisciplinario del CePA, ha recogido en estos últimos años en su trabajo con la comunidad, integrados al dispositivo sanitario global. En el marco de la redefinición del modelo sanitario priorizamos la estrategia de APS y principios tales como: descentralización, participación ciudadana, democratización, procesos de autogestión y construcción de redes.

Somos conscientes de que el territorio sobre el que comienzan a desplegarse los saberes, dejó de ser del orden de la legalidad causa-efecto, para pasar a recorrer los caminos de las prácticas discursivas, motorizadas por una lógica dialéctica. El conocimiento entonces, se produce desde el entrecruzamiento de diversas prácticas sociales, prácticas que implican un determinado modo de relación social y que se significan desde un orden simbólico determinado. Por ello el CePA enmarca a las adicciones dentro de una concepción de salud, que compromete a todos los sectores vinculados al proceso salud-enfermedad (calidad de vínculos, comunicación e inserción social del hombre).

La realidad ofrece un fenómeno/hecho/proceso social que se cristaliza en las drogas/adicciones, y que es señalado como lugar problemático desde distintos órdenes de lo social: la economía, las leyes, la educación y la salud entre tantos órdenes posibles. Múltiples saberes se entrecruzan y abren el juego frente a este hecho: Medicina, Psicología, Trabajo Social, Antropología, etc.

Es nuestra intención, priorizando la política de formación de recursos humanos como alternativa para optimizar el accionar con la comunidad, a través de esta recopilación de textos, apuntar a la construcción de conocimientos que permitan operar sobre la realidad desde un lugar de "lo posible" y de los cambios realizables, en una época en que lo "micro" (social) ha mostrado su pertenencia y la imposibilidad de su reducción a los grandes discursos sobre lo estructural. Esperamos que este libro permita abrir espacios de trabajo y aprendizaje, plantear nuevos interrogantes y encontrar algunas respuestas.

Ps. Patricia T. Simon Coordinadora

Centro de Prevención en Adicciones

## **Introducción: Diferentes miradas y abordajes**

Esta publicación es producto de diferentes actividades realizadas por la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario en los últimos años: conferencias, mesas redondas, cursos y congresos. Los mismos han sido registrados, transcritos y redactados, como es costumbre desde los primeros congresos de salud municipales. Lo nuevo es la modalidad de agrupar temáticamente los contenidos. En este caso, hemos reunido un valioso material proveniente de diversos expositores, acerca de la problemática de las adicciones. Estas actividades se desarrollaron desde 1995 (5to Congreso de Salud) hasta 1997 (Jornada contra uso indebido de Drogas, Curso sobre adicciones para docentes).

En el cap. 1, se transcribe un panel desarrollado en el 5to Congreso "La salud en el municipio de Rosario", en donde se discute el rol de los comunicadores sociales en la prevención de adicciones. R. Rivero enmarca el problema considerando que no puede abordarse desde el sector salud en soledad, sino pensando en articulaciones intersectoriales. Pone el acento en la necesidad de considerar que no hay

problemas ajenos en una comunidad solidaria. C. Del Frade recuerda que a partir de la construcción de la noticia, se construye opinión. Allí señala que hay algunos discursos e informaciones que tienden siempre a victimizar al otro, a satanizar. Y el periodismo se convierte en funcional al sistema represivo, cronista de una prevención que apunta más al control social. D. Canabal cree que en las campañas publicitarias, incluidas ciertas campañas de prevención, hoy el enemigo parece ser el destinatario que sirve de objetivo; hay campañas que podrían estimular consumos y adicciones. D. Briguet: prefiere referirse a los aspectos más simbólicos socialmente, ligados a la comunicación social: la droga como objeto social.

Nuestro país, aparece retrasado en la lucha contra las adicciones. Como se ha puntualizado, algunos de los problemas son: la implementación de acciones inefectivas, la ejecución de medidas no suficientemente debatidas o consensuadas, guiadas por las emociones, generalmente a partir de hechos que conmueven a la opinión pública. Lo primero está reflejado en las estadísticas. Según expresa D. Canabal, en Argentina, casi el 70% de todas las campañas vinculadas a la prevención de drogas están consideradas un fracaso. Con el 30% restante, no hay forma de comprobar su efectividad. El otro aspecto tiene que ver con la necesidad de un debate profundo y serio en la sociedad, que está faltando, tema que se retoma en el siguiente capítulo.

En el capítulo 2, A. Calabrese, G. Tousse y D. Rossi se refieren a la coexistencia de dos concepciones: la de reducción de daños, que prevalece en Europa y la norteamericana - reaganiana - abstencionista. El problema de las drogas tiene raíces de profunda penetración en la sociedad. Como lo expresan con claridad la mayoría de los expositores, y según lo confirman los informes de la OMS, hay familias, grupos sociales, y hasta países que viven de ello. Las medidas más eficaces, especialmente las más audaces, no deberían adoptarse sin una profunda discusión previa, con participación de la comunidad y de sus instituciones representativas. Esta es también la opinión del Centro de Prevención de Adicciones, que ha promovido con continuidad eventos, cursos y otro tipo actividades que tienden a generar espacios interinstitucionales e intersectoriales con este propósito.

En el capítulo 3, M. Bifarello se pregunta cómo incorporar componentes preventivos en las políticas sociales: ¿nos basamos en la solidaridad?, ¿en la protección de los riesgos? ¿cómo hacemos políticas sociales para que no produzcan más perjuicios que beneficios? Ciertas políticas sociales estimulan en la comunidad demandas que después son difíciles de resolver. M. Mainini, refiriéndose a esos actores sociales privilegiados en las acciones preventivas, por estar ahora en las trincheras donde se produce el malestar social, repasa algunas de las imágenes que atraviesan a los docentes, sedimentación colectiva de representaciones sociales. No soslaya entonces el malestar en los docentes, un creciente sentimiento de impotencia porque parecería que están librando una guerra con las armas inadecuadas. Sigue formulándose preguntas: ¿qué se esperaba y qué se espera del docente respecto a su rol social?, ¿qué situación no deja ver lo específico de la profesión?, ¿qué distancia hay entre el deber ser y lo posible? ¿puede hacer algo el docente junto a otros actores sociales en la lucha contra las adicciones?

En el capítulo 4, J. Somenzini nos propone que cuando escuchemos a un adicto, un alcohólico o un toxicómano, no lo escuchemos como adicto sino como a un niño angustiado o con miedo. Tiene un dolor inconsciente que se sepultó con el alcohol o con la droga. Sostiene, citando a Borges, que las estrategias de abordaje con respecto a la drogadependencia deben ser indirectas, a la manera de los militares. La humanidad crea los instrumentos de su propio malestar: el progreso ha reposicionado y hasta abolido al sujeto, ha abolido el deseo. A más Internet, más solos estamos. Una nueva intervención de D. Briguet nos brinda la mirada del comunicador social.

En el capítulo 5, J.C. Piola presenta una estadística de intoxicaciones asistidas en un servicio toxicológico de urgencia, en donde se asisten también los casos derivados de los efectores municipales. En los últimos 8 años hubo 315 consultas, lo cual da una idea aproximada de la magnitud del problema, si bien no todos los intoxicados consultan, ni todos quienes lo hacen, se asisten en el mencionado servicio. La sustancia que más cuadros agudos provoca es el alcohol, aunque no suele generar consultas de emergencia toxicológica. La sustancia individual más frecuente es la cocaína, con dos casos mortales.

En el capítulo 6 intervienen O. Guisen y J. Marchetti, psicólogos sociales tributarios de Pichon Rivière, participantes de la fundante "experiencia Rosario". Ambos defienden la necesidad del trabajo en grupos como estrategia de bienestar en las instituciones y la comunidad. Como hay una mención al mecanismo íntimo del enamoramiento, lo cual podría quitarnos el misterio y la magia de esta experiencia, prohibimos leer este capítulo. Pero la sugestión es notablemente poderosa y quizás esta interdicción opere disparando el deseo de saber de qué se trata. Espero que los psicoanalistas perdonen esta incursión silvestre en su disciplina. Y vale la pena. Además, participo plenamente de la idea de que el trabajo en pequeños grupos es una herramienta poderosa aún no suficientemente desarrollada en nuestros efectores, quizás uno de los mecanismos más eficaces, y se vale del instrumento más ubicuo: la palabra. Claro, y la formación en dinámica de grupos.

En el capítulo 7 intervienen profesionales de dos instituciones asistenciales de diferentes características. G. Godoy, por el Programa Andrés, relata el nacimiento de las comunidades terapéuticas en nuestro país, ligadas a la fé cristiana. La experiencia argentina, ciertamente inspirada en antecedentes italianos y norteamericanos, se expande a otros países latinoamericanos. Aquí es importante el rol de los ex-adictos en la recuperación. Discute los dos modelos de comunidades: las rurales (granjas) y las urbanas. Los trabajos grupales, especialmente los grupos de autoayuda, son la base de la comunidad terapéutica. M. L. Di Liscia, A. Huerta, G. Casanova y J. Garban se refieren al Hospital de Día que funciona en el Hospital Alberdi. Es polivalente en sus funciones, donde se desarrollan "talleres" con pacientes de diferentes características. Vuelve a aparecer la necesidad del trabajo con grupos ante la insuficiencia de los enfoques individualizados. Hay lugar para técnicas plásticas, literarias, corporales, teatrales, así como para otros encuentros en los cuales simplemente se narran historias, se facilita la comunicación.

En el capítulo 8 intervienen MC. Rasini, AM Cámpora, G. Blank, C. Ojeda, M Domenech, M.T Salmerón y M. Torregiani, narrando una serie de experiencias educativas desde la doble óptica del Centro de Prevención de Adicciones y de una escuela que participó activamente en una de estas experiencias. El CePA trabaja con la concepción de prevención inespecífica, no centrada en la droga como objeto externo, sino situada en un escenario social, que presta el marco adecuado para que la adicción se produzca. La estrategia que se defiende es la de generar propuestas alternativas al consumo de drogas, alentando la participación y revalorizando el protagonismo de la comunidad. M T Salmerón intenta responder porqué, en una escuela, la problemática de adicciones sólo es encarada por tres maestros. Pero se sostienen proyectos como "padres por un día" en el cual los propios padres pueden compartir su experiencia enseñando en la escuela. Y nuevamente los talleres, germinados a partir de una iniciativa del CePA. Los resultados de una encuesta exploratoria realizada entre los niños y sus padres pueden resultar de interés para ser retomados en un proyecto de investigación-acción.

El capítulo 9 presenta un trabajo de investigación del CePa, de P. Tobin y C. Augsburg, orientado a establecer las relaciones entre la problemática del

consumo de drogas, de alcohol y de tabaco, y las condiciones sociales y subjetivas en que éste se produce. Se parte de considerar al uso y abuso de drogas como un síntoma social, expresión de un malestar que debe comprenderse y explicarse en los espacios sociales en que emergen. El material ha sido recogido a través de encuestas confeccionadas en el III Encuentro de Jóvenes y Adolescentes organizado conjuntamente por la Secretaría de Salud Pública y la Secretaría de Promoción Social de la Municipalidad de Rosario. Se confeccionaron 931 encuestas sobre aproximadamente 13.500 jóvenes asistentes. Con respecto a drogas ilegales se obtuvieron 63 respuestas afirmativas: 54 afirman consumir en forma habitual, (5.8 %), y 9 en forma ocasional (1 %). El consumo de alcohol parece habitual en los jóvenes. El hábito de fumar se inicia antes de los 14 años; más de la mitad de los fumadores consume entre 10 y 20 cigarrillos diarios.

Los capítulos 10 y 11 son resúmenes de aportes realizados en el 5to Congreso "La Salud en el Municipio de Rosario", con la única pretensión de mostrar algunas de las experiencias de integrantes del equipo de salud.

En el capítulo final intentamos una aproximación diferente a la problemática, desde una contextualización más amplia, en cuanto hemos recurrido a una búsqueda de bibliografía internacional actualizada, especialmente a través de Internet. A partir de ella, intentamos focalizar la atención en los puntos de vista de los propios interesados, es decir de quienes sufren de enfermedades adictivas.

Al escuchar el tañido de tantas campanas diferentes, puede experimentarse una cierta perplejidad. Y ello merece una explicación. Hay varias cosas que la Secretaría de Salud Pública quiere evitar con este libro: provocar homogeneización de pensamientos, convertirse en propaganda política de un partido, ser discurso con moraleja. Esta postura explica algunas de sus características:

Si bien éste no es un libro científico, sí está dirigido a la comunidad científica y profesional, aunque creemos que por su lenguaje sencillo será fácilmente accesible a todo aquél que se interese por los temas tratados.

Como decía un expositor, hay una llamativa tendencia a producir discursos moralizantes, con moraleja. Contra esta tendencia, en nuestro caso hemos respetado los contenidos originales de las exposiciones, salvo las adaptaciones habituales ameritadas por la transcripción y redacción. Esto es lo que corresponde en un texto destinado en su gran mayoría a profesionales, quienes tienen capacidad para extraer sus propias inferencias.

Entre las actividades e intervenciones, hemos incorporado algunas realizadas durante la administración anterior, en cuanto no se trata de una cuestión de la política, aunque sí está presente lo político, como diría George Mendel, o en todo caso, la política sanitaria.

Por otra parte, hemos preferido mantener las diferentes líneas de pensamiento que se enfrentan, a partir de la convicción de que el conflicto de ideas es movilizador. En educación constituye un descubrimiento reciente que el conflicto sociocognitivo es el que produce los verdaderos aprendizajes. En otro plano, la historia ha demostrado con llamativa tozudez que todos los intentos de los gobiernos por uniformar los discursos terminan provocando parálisis social y acumulación de potencia que luego se habrá de convertir en acto contra los uniformadores y los uniformados. Es una cita de Aristóteles, aunque libremente modificada (muy libre).

Si lo queremos decir de otra manera, más actual: sociedades que han reivindicado teóricamente las contradicciones como motor de la historia, se han paralizado y desmantelado por querer acallar y ocultar sus propias contradicciones. Esto indica

que no hemos realizado ningún intento por unificar los contenidos. Son sus contradicciones las que motorizan igualmente el debate.

En un país en donde la intolerancia suele ser confundida con el patriotismo, no estaría demás insistir en que avalar el debate, el conflicto sociocognitivo o las contradicciones (palabras que significan cosas parecidas desde distintos marcos teóricos) no significa atacar a las personas. Son solamente las ideas las que entran al ruedo o al cuadrilátero, según que nos inclinemos por una mirada taurina o pugilística.

Quizás entonces, valga la pena aclarar: las palabras corresponden a las conferencias, y éstas pertenecen a quienes las pronunciaran. Ello no elude que se exprese el punto de vista del Centro de Prevención de Adicciones, en diferentes intervenciones.

Dr. Juan Carlos Paradiso

## **Prevención de adicciones y Comunicación Social**

Mesa Redonda<sup>1</sup>

Daniel Briguet

Carlos del Frade

Daniel Caníbal

Raúl E. Rivero

Patricia Simón (Coordinadora)

### **Patricia Simón:**

Buenos días. Es para mí un gusto poder coordinar esta mesa, que está integrada por destacados panelistas. Como sabemos, este 5to Congreso de la Salud en el Municipio de Rosario tiene el lema: "La construcción de la salud desde la interdisciplinariedad y la intersectorialidad". Y como corresponde a este lema y al título de la mesa, hemos convocado a diferentes comunicadores conocidos por su compromiso con la temática de la drogadicción. También integra la mesa, por la secretaría de Salud Pública, el Dr. Raúl Rivero. En primer lugar, para dar además la bienvenida en nombre de nuestra Secretaría al resto de los panelistas, escucharemos su palabra.

---

<sup>1</sup> Mesa redonda de cierre, curso de capacitación docente organizado por CePA, 5/7/97

## **Dr. Raúl Rivero:**

Tengo la posibilidad, al inicio de estas actividades, de poder expresar algunas ideas, algunas reflexiones a partir de la invitación que me hacen quienes están a cargo de la organización y desarrollo de este encuentro.

La problemática que se va a abordar en el día de hoy es muy importante, muy trascendente. Como diría nuestro amigo, el sanitarista brasilero Gastón Souza Campos, todos los problemas difíciles son problemas de la salud pública. Es, precisamente, un ejemplo muy concreto de ello, el tema de las adicciones. Por su significado en sí, como patología social, y por lo que trae agregado: la peste de fines del siglo XX que es el SIDA, en su gran vinculación con las drogadicciones. Sabemos que esto es así en general, en nuestro país y en algunos países de Latinoamérica; específicamente en Rosario, el 70% de los casos diagnosticados de SIDA a partir del año 1984 a la fecha están vinculados a la drogadicción. Es decir, para nosotros sigue siendo el modo de contagio más significativo para el desarrollo de esta enfermedad.

Pero más allá de estas consecuencias, el problema de la drogadicción, así no tuviera esta segunda derivación, ya en sí mismo es un problema de suficiente seriedad y gravedad para que pensemos estrategias de cómo enfrentarlo. Somos concientes que es una lucha bastante despareja. Es un desafío en donde no contamos con la mejor parte. Hablando con términos de barrio: vamos a recibir muchas cachetadas y vamos a poder dar pocas, sobre todo si lo abordamos exclusivamente y en forma acotada y sesgada desde el sector salud. Seremos más fuertes si lo abordamos con la participación y el apoyo de todas las disciplinas que puedan aportar a su resolución. Y en estos temas, es fundamental el rol que pueden desarrollar los medios masivos de comunicación; entonces vamos ampliando el frente y vamos perfeccionando nuestras posibilidades.

Por eso este enfoque intersectorial e interdisciplinario, que le hemos venido dando a todas las acciones en salud. No lo hicimos desde una comprensión meramente teórica; es decir, no fue que en un determinado momento dijimos: "a estas cosas hay que enfocarlas interdisciplinariamente y multidisciplinariamente". Sino que realmente la práctica, que es una gran maestra, nos fue llevando a enfrentarnos día a día con las limitaciones, nos fue llevando a comprender nuestras propias insuficiencias y nos fue bajando la omnipotencia natural, que por formación traemos quienes integramos los equipos de salud. No todo lo podemos resolver, y mucho menos lo podemos resolver solos. Entonces, como decía Patricia, no por casualidad este 5to Congreso de la Salud en el Municipio de Rosario tiene el lema: "La construcción de la salud desde lo interdisciplinar y desde lo intersectorial". Es decir, ya no hablamos de la enfermedad, ya no hablamos de cómo atender la enfermedad; sino que estamos hablando de cómo enfocar los problemas de salud de la población, cómo preservar la salud, las condiciones y la calidad de vida de la población; y sí después hablamos de cómo actuar frente a la pérdida de esa salud y de esa calidad de vida. Creo que lo fundamental ahora es cómo puede estructurarse el desarrollo de esta temática en la población, cómo instalarla y se vea como parte de nosotros mismos; qué problemas tenemos nosotros, nuestra sociedad, qué pasa con nuestros drogadictos, con nuestros enfermos de SIDA. Transmitir la responsabilidad y la pertenencia de este problema, y resolverlos entre todos. No porque le pase a otro, tenemos que verlo desde la distancia, ni desde el afuera, sino incorporarlo como lo hacemos con otros temas de la salud y más fácilmente se comprende esto de la pertenencia.

Creo que éste es el desafío: cómo incorporamos estos temas: drogadicción, SIDA, accidentes. Cómo logramos decir cuantos jóvenes y adolescentes se nos murieron este fin de semana. Son nuestros; no pertenecen a una estadística, no son un

número. Es una masacre, es una epidemia que está matando a la juventud. ¿Cómo lo asumimos? Al inicio del año 94 se murieron tres niños de meningitis, y eso generó toda una movilización social en la ciudad. En un fin de semana se matan tres jóvenes en accidentes en moto o auto. Cuando dan la estadística decimos: ¡qué barbaridad, como está esto de los accidentes!. Pero le pasó al otro, le pasó al irresponsable, le pasó al descuidado, al cabeza dura que no se pone el casco; pero no me pasó a mí, es un problema de otro.

El hecho de que se conforme esta mesa es un paso adelante; marca la vocación y la decisión de realizar una construcción de una determinada manera: que quienes integramos los equipos de salud, estamos dispuestos a escuchar a quienes saben de otras cosas y nos van a posibilitar mejores intervenciones y acciones. Muchísimas gracias por la presencia de ustedes y de los asistentes.

### **Patricia Simón:**

Muchas gracias. Vamos a escuchar ahora a Carlos Del Frade, un reconocido periodista que ha desarrollado su actividad en distintos medios de la ciudad de Rosario. No hace falta más presentación; lo sabemos muy comprometido con toda la problemática social.

### **Carlos Del Frade:**

Muchas gracias. Estuve escuchando con mucha atención la exposición previa. Tengo algunas ideas para desarrollar desde lo que a mí me toca. Mi trabajo es construir noticias, y a partir de la construcción de la noticia, se construye opinión. Este es un trabajo, por lo cual a mí me toca ser conciente de que soy trabajador. En el mismo sentido me toca saber qué significa una sociedad enferma o una sociedad sana. Yo no creo que todos los sectores sean igualmente responsables. Hay sectores más responsables que otros y hay discursos que ocultan responsabilidades; hay informaciones que ocultan responsables. La psicóloga Diana Cordon, que trabaja con las madres de Plaza de Mayo, asegura que hay algunos discursos y algunas informaciones que tienden siempre a victimizar al otro, a satanizar al otro, a convertirlo prácticamente en un hereje. Cuando alguien se convierte en un hereje es porque alguien lo convierte, cuando alguien sataniza a otro es porque desde el poder se sataniza y se cree que desde allí vienen las soluciones celestiales.

Yo estoy aquí para charlar de lo que hago siempre, que es construir noticias. Con referencia a la cuestión de salud tengo una definición de conciencia, o por lo menos una visión política de eso. No vivimos en un sistema que produce salud; vivimos en un sistema que produce muerte, que produce enfermedad y que produce anestesia, a lo sumo para algunos mortales. Esta no es una definición del marxismo, es una definición del cristianismo. Quiero decir que en medio de todo esto, la prevención pasa también por saber y por indicar quiénes son los responsables de las cachetadas de las que hablaba el Dr. Rivero y quién está detrás de los que dan las cachetadas. Esto significa también analizar cómo se informan los medios de comunicación.

En relación a esto ¿qué nos toca a nosotros?. De acuerdo a un informe de la procuraduría nacional, en la Argentina no existen más de 30.000 adictos. Este es un dato del año 1992. La adicción a las drogas está detrás de lo que es alcoholismo, de la adicción al tabaco y de la adicción a los psicofármacos. Está en cuarto lugar. Eso mismo dijo el comisario Angel Pilker, aquel que resultó muerto en extrañas condiciones sobre finales de la década del 80.

A mí me parece que, hoy por hoy, los medios de comunicación trabajamos con referencia a la información diaria sobre algunos operativos que se hacen fundamentalmente en algunas zonas periféricas de la ciudad de Rosario. Ustedes cada dos o tres meses tienen la información de que se ha hecho un operativo en villa "La Lata" por ejemplo, aquí en la ciudad de Rosario. De esos operativos uno se entera, no porque llueva metafísicamente la revelación que va a existir este operativo en esta villa. La oficina de prensa de la policía provincial, con asiento en la Unidad Regional nro. 2 en Santa Fe y Moreno, informa a los medios de comunicación para que vayan a hacer la cobertura de ese hecho. Y siempre me detengo en esta palabrita que usamos mucho los medios electrónicos de comunicación: cobertura. Nosotros cubrimos la realidad, cuando en cambio se trata de descubrirla, de saber qué hay en el fondo.

Entonces, nosotros en este caso somos funcionales al sistema represivo. Somos cronistas de algo que tiene que ver con cierto efecto de prevención, una prevención que busca más el control social que un efecto en la salud -como sería curar o evitar que la gente se haga adicta-. Le damos cámara, le damos diario, le damos información radial a aquello que tiene que ver más con un operativo, para tomar algunas "mulitas". "Mulita" en la jerga es aquella gente que transmite o que hace circular la droga para el menudeo, o para algunos vendedores de droga. En este sentido, me da la sensación que formamos parte de este show permanente del consumo que caracteriza a los medios de comunicación en los últimos años y en las últimas décadas, no solamente en la Argentina, sino en todo el mundo. En este caso no hacemos casi nada por la salud, porque no buscamos la verdad, porque no buscamos el último porqué, no buscamos el último cómo, no buscamos los últimos quiénes. Somos funcionales a un sistema enfermo.

Con relación a la posibilidad desde los medios de comunicación, como decía el doctor, de articular, yo creo que es cierto. Pero la responsabilidad no pasa tanto por los medios de comunicación, porque nunca hay que dejar de pensar que son empresas. Aquí aparece el rol del trabajador de prensa, que se puede comprometer con el desarrollo de la actividad de los centros comunitarios, que en los barrios están tratando de contener a los chicos que ingresan a la droga. Chicos que ingresan por dos motivos: primero, porque les gusta; segundo: porque es la única manera de encontrar trabajo. Esto no lo invento. Me lo dijeron hombres que vienen trabajando hace muchísimo tiempo con la gente. El padre Edgardo Montaldo hace 36 años que está trabajando en el barrio Ludueña Norte, en esta ciudad. Los chicos entran en la circulación para hacer de "mulita", para ganar un peso porque no encuentran trabajo en otro lado; y por otra parte consumen. Porque hay que consumir absolutamente todo. Todo tiene que ver con el consumo.

Otro sacerdote, Jorge Aloy, de la ciudad de San Lorenzo, me decía que, además de ser como una fuente de trabajo para los pibes, parece muy raro que la Unidad Regional (creo nro 17) con asiento en San Lorenzo, siempre hace procedimientos en las rutas. Ustedes ven, generalmente, los procedimientos que aparecen, en los que incautan una X cantidad de cocaína y demás. Ahora, dentro de la ciudad, en donde se vende la droga, allí nunca hacen procedimientos. Estas son informaciones que necesariamente el trabajador de prensa con conciencia debería analizar, y éste es el rol que me adjudico y en el cual asumo una responsabilidad sanitaria: el trabajar mal la información, el trabajarla tal cual viene de las instituciones. A mí me parece que el rol del trabajador de prensa es siempre buscar la mayor información posible y llegar hasta el último responsable. En este sentido aparece, entonces, la cuestión de las campañas de prevención.

Tengo la sensación de que las campañas de prevención en este marco no sirven para mucho, tal cual están planteadas. Es más, a veces me da la sensación que la campaña de prevención tiene más que ver con utilizar ciertos fondos que vienen,

por ejemplo de la DEA (organización de Estados Unidos supuestamente preocupada por prevenir el narcotráfico y el consumo de drogas, siendo que EEUU es el principal consumidor en el mundo de cocaína y otros tipos de drogas). La DEA aporta fondos para que se haga algo en los países del Tercer Mundo. Lo más fácil para el gobierno de la provincia de Bs As, o a la Secretaría Nacional de Lucha contra la Droga, es hacer campañas publicitarias. Lo cual supone, en definitiva, invertir parte del dinero que se le da. Pero no sé hasta qué punto están deseosos de saber el resultado efectivo de esas campañas.

Son datos que les brindo desde la información que tengo. Yo creo que ha aparecido en el circuito internacional financiero, una nueva entidad, desde que lo denunciara el propio juez Giovanni Falcone - asesinado en Italia el 23 de mayo del 92 -. El circuito financiero internacional hoy tiene que ver con el lavado de narcotráfico: esto lo dijo Falcone y sale todos los días en los diarios económicos. En las últimas elecciones presidenciales en Argentina, se ha denunciado que para hacer las campañas se usó dinero proveniente del narcotráfico. Esto habla de la relación poder-narcotráfico, y en definitiva entre nosotros, consumidores-consumidos porque consumimos de todo y a la vez estamos consumidos porque generalmente nos miramos la cara entre nosotros y generalmente el que da una cachetada nunca da la cara. Formamos parte de un nuevo esquema de internacionalización de las finanzas y del circuito financiero, que a veces se nos escapa.

Por último, creo que en la cuestión de los medios de comunicación, es necesario articular políticas, por lo menos de comunicación, en la difusión de cosas vinculadas con la gente. Pero no me sumo a la idea de que todos somos igualmente responsables. No lo creo. Creo que es necesario saber cómo es toda la cadena de la comercialización de la droga, cómo se puede ayudar a los pibes. Pero también desarticular esa cadena de comercialización. Por ejemplo, hay leyes que protegen el derecho de que el "mulita", no dé información de los que están más arriba. Otro ejemplo: el 7 de marzo se hizo el operativo "Café blanco" en la provincia de Catamarca. En este operativo participó un avión que terminó siendo competencia entre la policía de la provincia de Buenos Aires y Alberto Lestelle, secretario nacional de la lucha contra la drogadicción. El avión en varias oportunidades había sido utilizado por Lestelle, tal cual consta en la investigación que está haciendo hoy el juez de San Martín de la provincia de Buenos Aires. Ese avión fue utilizado incluso por directivos de bancos hoy cuestionados en la Argentina, como el Banco Integrado Departamental. Se encontró una lista de 200 nombres argentinos en la red de 10 colombianos apresados en este operativo, de eso no se supo más nada. Se supo del operativo y de esta puja, porque apareció en Clarín hace menos de dos semanas, pero de todo lo demás no se supo más nada. En esto también hay complicidad de quienes manejamos la información.

Estas son algunas ideas que quería compartir. Terminó con García Márquez quien el 26 de diciembre de 1993 presentó el siguiente escrito:

"La prohibición ha hecho más atractivo y fructífero el negocio de la droga y fomenta la criminalidad y la corrupción en todos los niveles. Y, sin embargo, Estados Unidos se comporta como si no lo supiera. Se abastecen a diario y sin problemas 20 millones de adictos, lo cual sólo es posible con redes de comercialización y distribución internas muchísimo más grandes y eficientes. Puestas así las cosas la polémica sobre las drogas no debería seguir atascada entre la guerra y la libertad, sino agarrar de una vez el toro por los cuernos y centrarse en los diversos modos posibles de administrar la legalización. Es decir, poner término a la guerra interesada, perniciosa e inútil que nos han impuesto los países consumidores y afrontar el problema de la droga en el mundo como un asunto primordial de naturaleza ética y de carácter político, que sólo puede definirse por un acuerdo universal con Estados Unidos en primera instancia. Y, por supuesto, con

compromisos serios de los países consumidores para con los países productores; pues no sería justo (aunque sí muy probable) que quienes sufrimos las consecuencias terribles de esta guerra nos quedemos después sin los beneficios de la paz. Es decir, que no suceda lo que le sucedió a Nicaragua que en la guerra era la prioridad mundial y en la paz ha pasado a ser la última".

### **Patricia Simón:**

Gracias Carlos; tus aportes y reflexiones nos dejan pensando. Quería tomar un punto en relación con las campañas de prevención. Del Frade decía que en este marco y tal como están orquestadas las campañas, al menos desde la Nación, no surten efectos, no los efectos esperados por nosotros. Creo que la pregunta es ¿cómo repensar y cómo trabajar un diseño diferente en estas campañas? Esta pregunta la hemos formulado muchas veces en el equipo interdisciplinario que integra el Centro de Prevención de Adicciones. Creemos que es posible pensar en campañas de prevención pero con otros circuitos, y fundamentalmente con la participación de la gente. Creemos que verdaderamente no hay comunicación si no hay participación. Entonces, hago una pregunta para retomarla después en el debate: ¿puede haber campañas de prevención efectivas? ¿con los medios, con la participación de la comunidad y con el diseño de los técnicos y especialistas? Vamos a dar la palabra ahora a Daniel Canabal que es publicista, docente universitario y realizador de videos de programas como "Boca de Urna" entre otras cosas.

### **Daniel Canabal:**

Cuando escuchaba a los anteriores expositores, pensaba que como publicista me tocaría el rol de defender una función que, en un contexto como el que estamos hablando, es terriblemente vulnerable. No solamente por esa debilidad intrínseca que tiene la mayoría de las campañas de prevención que estamos viendo, sino porque creo que vale la pena ir un poco más atrás y tratar de descubrir cuál es en principio la esencia de la comunicación publicitaria. La publicidad en sí tiene una base utilitaria. Ha sido creada como método y sistema de estímulo de venta, básicamente esa es la función. No es explicar, no es comunicar, no es informar; es básicamente vender. Esa es la prioridad absoluta y la obligación de quien tiene la responsabilidad de llevar adelante esta profesión.

En este sentido existen, en esta profesión, una serie de métodos; y en este contexto y este tema que estamos tratando, entramos en el terreno de la duda, si son válidos o no. A mí me cuesta despojarme de responsabilidades a la hora de hacer campañas. Acá hay técnicas de venta; puede ser que la generalización de estas técnicas para otro tipo de objetivos, tenga que ver con mucho de lo que pasa. He sido cuatro años director de información pública y en más de una ocasión desde la Municipalidad se me pidió la elaboración en campañas de prevención, específicamente del tema de drogas. En todo momento me negué; no me sentí con la capacidad suficiente como para encarar una cuestión que para mí tiene un calibre de llegada tan grande; la cuota de responsabilidad social es tan inmensa, que no me sentí dispuesto a generar una comunicación alrededor de eso, porque conlleva un riesgo social (no se trata de un riesgo personal, porque uno no arriesga mucho).

Cuando uno ve las estadísticas, como la de Argentina, casi el 70% de todas las campañas vinculadas a la prevención de drogas están consideradas un fracaso. Con el 30% que queda no hay forma de comprobar su efectividad. Tiene sólo un contexto de valoración positiva: se supone que no han sido perjudiciales socialmente. Pero esto lo vamos a discutir más adelante.

Volvamos a la esencia de lo que es la publicidad. Creo que todo esto no es gratuito. Cuando uno trata publicitariamente de vender un producto, un servicio o lo que sea (inclusive hasta un candidato) no vende ese objeto ni ese servicio, lo que está vendiendo es un valor asociado. ¿Por qué?: Porque es la forma más directa y más sencilla de llegar al receptor de ese mensaje. La publicidad viene cambiando y cada vez más aceleradamente. En un principio fue informar de qué se trataba el producto. En épocas posteriores el enemigo era la competencia. Hoy el enemigo parece ser el destinatario que sirve de objetivo; no por casualidad toda la terminología publicitaria es terriblemente coincidente con la militar: se habla de bombardeo, de saturación, de estrategias; tiene cientos de términos que tienen mucho que ver con la estrategia militar. El enemigo, el gran objetivo, es el consumidor. No hay que vencer a la competencia, hay que vencer al consumidor, hay que doblegarlo en base a un mensaje para que adhiera a nuestros contenidos. Y en ese mensaje está el valor asociado; cuando uno compra una determinada marca de cigarrillo y no compra otra, en la inmensa mayoría no pasa por el sabor del cigarrillo (puedo tener esa posición hasta como adicto porque fumo). Cuando uno compra una heladera tiene el mismo tamaño, las mismas precauciones y el mismo valor que otras; no la compra por ninguna otra cosa que no sea ese valor asociado que anda dando vueltas, que a uno lo hace sentir teóricamente mejor por consumir ésta y no otra cosa.

Hay campañas que no solamente no previenen nada, sino que terminan estimulando el consumo y las adicciones.

Planteadas así las cosas, ¿cuáles son las responsabilidades que podemos tener en esta problemática que estamos abordando hoy?. Creo que el aporte a una lucha de prevención en términos de campaña es limitado; la publicidad hace cualquier cosa menos milagros. Creo que es tratar de tomar agua a partir de una lluvia buscando las gotas con un vaso. Las condiciones externas que determinan cualquier tipo de adicción, pasan por los distintos formatos de las ansiedades que cada sociedad genera. No me preocuparía, en un contexto tan dramático como éste, por el grado de efectividad que tienen las campañas; creo que es peor, hay campañas que no solamente no previenen nada sino que terminan dando la vuelta y estimulan los distintos consumos y las distintas adicciones. Hay cuestiones en que se mezclan las formas y los contenidos.

Todos han visto, en el tema SIDA, a esa enfermera a la vinagreta señalando con el dedo punzante durante 5 años. Realmente, que eso haya estado 5 años en el aire (y que todavía siga estando) no se trata ni de un error, ni de un problema institucional. A mí no se me ocurre ninguna otra cosa que un inmenso negocio de alguien, porque no resiste el más mínimo análisis. A esta altura ya choca, agrade. Esto terminó siendo el paradigma de lo que no debe ser la comunicación en este terreno. Pero no es excluyente, creo que desde hace bastante tiempo vemos cosas que llevan en su interior un nivel de agresividad por el caudal de ineficiencia que tienen. Por eso, esta nueva publicidad sobre el SIDA, hecha por la asociación que nuclea a todas las agencias de publicidad, ha sido valorada como lo mejorcito que se ha hecho en este país, tanto en su contenido progresista como en su formato estético. Ha sido una bocanada de aire fresco.

Volviendo entonces a lo que decíamos, hay una gran coincidencia con lo que planteaba Carlos: acá se trata institucionalmente de lavar la cara de la institución que está aportando el dinero para esas campañas. No se trata de prevenir, sino de transmitirle al público: "nosotros (quienes sean) estamos preocupados por el tema de la droga, nos excede, pero hacemos lo que podemos y estamos invirtiendo todo esto."

Insisto, a pesar de ser mi profesión, mi oficio, la comunicación publicitaria, como corolario diría que (sin llegar al nihilismo absoluto) veo un inmenso signo de interrogación en la viabilidad de generar cosas que realmente sean efectivas. Creo que lo multidisciplinario es un gran aporte, un gran avance. Creo que lo multidisciplinario también hace a que el planteo, al menos en su contenido, tenga una solidez distinta a la que pueda hacer sólo un técnico. Pero, insisto, no baso todas mis expectativas en esto, entiendo que es un arma más, es un frente de batalla más, al cual hay que darle toda la dignidad posible en la realización. Pero no es para descansar y quedarse tranquilos diciendo: "ya tenemos la campaña resuelta y con esto salvamos nuestra responsabilidad". Coincido con Carlos, las responsabilidades no son para todos iguales, hay más responsables y menos responsables en todo esto. Si nos sentimos parte y asumimos una cuota de responsabilidad creo que nuestro humilde papel es disponer de toda la buena voluntad y poner toda la dignidad posible, y toda nuestra más sincera humanidad en el trabajo que realizamos, pero sin grandes expectativas.

### **Patricia Simón:**

Cuando escuchábamos a Daniel decir que la publicidad está asociada a las técnicas de venta, uno no puede menos que pensar: ¿qué espacio nos queda a nosotros que estamos desde el sector salud, trabajando en la prevención de estas cuestiones?. Porque, todas las propagandas que aparecen últimamente en relación al consumo de alcohol, que impactan sobre los sectores juveniles, aparecen asociadas al vigor sexual, al status, al éxito, al sabor del encuentro. Y uno se formula interrogantes en el sentido de cómo poder trabajar en contra de esto y qué impacto podrá tener nuestro trabajo.

Vamos escuchar ahora a Daniel Lic. Daniel Briguet. Periodista, docente de la Escuela de Comunicación Social, ha publicado numerosos artículos y libros, actualmente escribe en varios diarios importantes de la ciudad.

### **Daniel Briguet:**

Yo quería comentar con ustedes algunas impresiones del tratamiento que el tema droga merece en los medios, con toda la relatividad que esto puede tener. No traigo una teoría; no conozco en su especificidad el tema droga, pero sí me interesan ciertas cuestiones que tienen que ver con el registro de este tema en la agenda medial.

El punto de partida sería éste: un pequeño esfuerzo de abstracción para centrar o marcar en el tema droga, aquello que tiene de menos higiénico, de menos sanitario, de menos biológico o si tocamos el tema del narcotráfico, de menos financiero o menos político, aunque de hecho las drogas tienen una implicancia indudable en esos aspectos. La idea es tomar, del tema droga, sobre todo los aspectos más simbólicos socialmente, ligados a la comunicación social; porque es ahí donde funciona el área de los medios y porque es en esta zona donde se dirime la legitimidad o no de los temas que hacen a la atención pública. Tratar de ver, entonces, ese objeto social que tiene la droga o, si prefieren, la droga como objeto social.

La prohibición genera actitudes transgresoras

Es casi obvio que la droga funciona desde siempre y sobre todo en la sociedad moderna, como gran objeto de prohibición. Objeto de prohibición que como tal genera inevitablemente su correlato que es la actitud transgresiva. El consumo de droga a grosso modo está ligado a la idea de transgresión. La dialéctica prohibición-

transgresión de por sí bastante delicada, funciona sobre una especie de fondo mitológico. Sin precisar en detalles sobre la idea de mito, estamos de acuerdo en su acepción más genérica: mito como oposición a la verdad comprobada o verdad tangible. Entonces, la dialéctica prohibición-transgresión funciona sobre un fondo mitológico. Y la mitología de la droga funciona en muchos modos, uno de los cuales es la condensación que se efectúa, es decir, un objeto social en realidad diverso, disperso, que tiene múltiples manifestaciones, síntoma de una variedad casi inagotable, aparece como algo condensado y confinado: la droga. Y da la impresión que cuando se habla de la droga todo el mundo sabe de qué se habla, pero ¿es así? primera duda. ¿qué comprende la definición de droga? ¿marihuana, cocaína, anfetaminas, estimulantes, nicotina?. Entonces, ¿Dónde se traza el límite que construye el territorio droga?. Si nos ponemos a charlar, vamos a encontrar más de un punto de vista.

Pero esto que en la realidad es disperso, heterogéneo y a veces difuso, en el lenguaje mitológico aparece como condensado y confinado, como un objeto compacto y homogéneo. ¿Por qué? Yo diría, que ocurre entre otras cosas, a los fines de trazar un territorio. Territorio delimitado con claridad. Es el territorio del mal social, frente al cual es posible y erguirse como portador de un bien, como ser incontaminado. Territorio que trazado así, presta múltiples utilidades: a ciertos grupos del poder les sirve como herramienta de control social indudable; a otros grupos les sirve como elemento tranquilizador o redentor, según las circunstancias.

Ustedes saben que, desde que hay sociedad, hay un grupo de cosas sancionadas como prohibitivas o tabú y hay, además, una construcción del mal social casi necesaria al funcionamiento de esa sociedad. Porque sólo contra el mal así delimitado, es posible erguirse como portador de un valor opuesto. De estas cuestiones que parecen un poco difusas, abstractas, emergen las dos áreas que yo quiero tocar brevemente, es decir, el área informativa o de registro informativo del tema "droga" en los medios y el área de campañas profilácticas o preventivas, digamos: el área de persuasión social. Un par de cosas nada más, porque no quiero atosigarlos ... y porque la idea es que esto termine en algún momento ...

Empezamos acercándonos al problema de la información, tema que me interesa mucho, por ser un trabajador de medios y haber generado información durante mucho tiempo (aunque ahora me dedico más al periodismo fabulezco: el comentario, el análisis). Además, me interesa porque forma parte de ese repertorio de bienes naturales en la sociedad moderna, es decir, bienes sobre cuya naturaleza y razón de ser nadie se interroga; está y es tan natural como el aire que respiramos. Pero ¿es tan natural como el aire que respiramos? De movida diría que no, es una construcción histórica como tantas; tuvo su razón de ser, su motivación, pero funciona en calidad de construcción. Y como tal con su aspecto artificioso, es decir, no natural. Pero como no quiero tirar dardos contra nuestro medio de sustentación, ni mucho menos, lo dejo aquí.

Esto es nada más que una breve introducción para otra idea: a menudo en los medios (sobre todo en los medios masivos, y muy particularmente en la televisión) la información no es sólo información, es algo más, o conlleva algo más que información. Si ustedes toman la información social, o lo que en los medios puede llamarse: la sección "sociedad", y observan el tratamiento que en general tienen los acontecimientos de este área, van a ver que junto al aspecto presuntamente informativo hay cargas de otro tipo. De movida les diría que hay una carga dramática, inevitablemente dramática. ¿Por qué? Porque, al menos en el marco de la información televisiva, los hechos sociales con cierta repercusión casi inevitablemente se transforman en dramas televisados. Con todas las reglas de un drama, y no estoy hablando en un sentido figurado. Y mucha gente lo identifica con la situación dramática. Ejemplo al pasar, el famoso caso Daniela. Más allá del juicio

de valor, tienen que coincidir conmigo que este caso fue un gigantesco y enorme teleteatro, televisado durante semanas o meses por los principales telediarios de la televisión nacional, y fue procesado hasta cierto punto de ese modo. Las razones de los partidarios de Gabriela eran las razones de los partidarios de Grecia Colmenares o Andrea del Boca, y no tiene ningún sentido peyorativo lo que estoy diciendo; estoy hablando del código de reflexión. Estoy hablando que mucho de lo que llamamos, en los papeles, "información", en la realidad medial se procesa como un drama. ¿Y por qué defender a Gabriela? Porque es madre, es buena y además linda, lo he escuchado yo y lo ha dicho gente que tiene uso de razón. Ahí está la condición dramática de la información en la naturaleza social.

En general, los hechos ligados a procedimientos antidroga: tenencia de droga, consumo de droga, secuestro de droga, que aparecen registrados en los telediarios, adquieren un aspecto dramático que suele rematar en esto: en una fábula con moraleja. Fábula donde hay buenos y malos, donde hay réprobos y reprobadores; y que tiene una moraleja. Esta es la estructura que asoma apenas ustedes despejan un poco los elementos superficiales. ¿Y por qué fábula con moraleja? Porque el hecho generado por la tenencia, consumo o procesamiento de droga es lo suficientemente perturbador como para que el medio intente neutralizarlo, digerirlo, a través de esta estructura de fábula. Perturbador para una escala de valores más o menos corriente, dominante. Para lo que el grueso de los medios estima que está bien o mal. Esa estructura de fábula con moraleja cumple la función de neutralizar simbólicamente algo que es perturbador, más allá de otro juicio de valor.

Esto se acrecienta notablemente cuando observamos algunas coproducciones entre los medios y la fuerza represiva, que no merecen otro nombre que éste: coproducciones. Porque uno ve como el móvil o un operativo policial se desplaza y en subjetiva lo acompaña una cámara. Obviamente para que esa cámara esté en subjetiva tiene que estar acompañando el operativo. Y para que la cámara de la tele acompañe el operativo tiene que estar en pleno acuerdo y sintonía con lo que la fuerza de control o represión está haciendo. Ahí obviamente el medio cumple a pleno una función que el antiguo funcionalismo otorgaba a la comunicación, que es la vigilancia. Es una coproducción en sentido estricto. Cualquier idea de objetividad, ecuanimidad en el tratamiento periodístico... olvídenlo. ¿Quieren algo menos distanciado que una cámara que acompaña al móvil policial hasta el lugar de los hechos?. Quiero decir con esto que a priori el medio ya juzgó, es decir, la información ligada a este hecho entra por un filtro o rejilla en donde ya hay una escala establecida.

Como lo mencionó Carlos, estos operativos rara vez se dan en barrio Norte, o en nuestra ciudad en Fisherton, en el Parlamento, en la Bolsa de Valores o en la Cámara de Comercio. Estos operativos-coproducciones (que tienen un interés espectacular que debe llegar al medio) se dan generalmente en villas, en zonas marginales. Nuevamente aquí la función de confinamiento, de trazar para la droga un territorio que en realidad es mucho más disperso, vasto y difuso. Si usted es un marciano, llega a la Tierra y sólo ve Telediario, después de dos meses va a creer, posiblemente, que la zona casi natural de la droga es la villa, que el consumo de droga es casi marginal, y con rociar un poco de DDT sobre ciertas regiones de la ciudad, está todo solucionado.

Hasta ahora les hablé del aspecto informativo. Por otro lado, quería decirles algunas cosas respecto a las campañas, que tanto Carlos como Daniel han hablado con rigor y propiedad. Yo en cambio no lo voy a hacer con ninguno de estos dos atributos, para que no sea monótono. Reitero una pregunta que ya ha sido formulada: ¿qué tan efectivas son las campañas?. Daniel la contestó con datos, dijo que son muy poco efectivas. Si pudiéramos manejar la información que él maneja, nos atreveríamos a decir que por lo que se ve, la mayoría de las campañas

preventivas o profilácticas arrojan serias dudas, serias sospechas, respecto de su efectividad. Ahora bien, ¿cómo es esta historia de campañas que se repiten en el tiempo, son inefectivas y no tienen al parecer carácter correctivo?. Porque en el ámbito del marketing puro, del mercado propiamente dicho, la publicidad para empresas y demás, esos lujos no existen ni por casualidad. En ese ámbito, la idea es que la campaña debe ser realmente efectiva, y si no lo es, usted como publicitario no va a tener una segunda oportunidad por ese andarivel. Si hay un ámbito riguroso en cuanto a efectividad es el marketing.

¿si la transgresión es el móvil, si dispara el deseo ligado al consumo de droga, cómo es posible pensar en la efectividad de un mensaje que condene la transgresión?

Ahora bien, ¿por qué esta especie de profilaxis social que se da en las campañas antidrogas, parece funcionar en una especie de limbo?: Un señor aparece diciendo buenos conceptos, aparecen imágenes dramáticas o no, pero queda esa incertidumbre reiterada respecto de la efectividad de las campañas y de cuál es el objetivo real de éstas. Creo que los dos ítems: presunta inefectividad y presunto objetivo de la campaña están ligadísimos. Tiro algunas impresiones: Primero: sino todas, en un buen número de campañas que he visto, hay una condena más o menos explícita o manifiesta al aspecto transgresivo del consumo de droga, o bien al aspecto evasivo como una consecuencia de lo anterior. La pregunta es ¿si la transgresión es el móvil, si ella dispara el deseo ligado al consumo de droga, cómo es posible pensar en la efectividad de un mensaje que de movida dispare a esa base?. Si quieren más obvio, aún al aspecto evasivo, que es un componente de la transgresión mayor. Evasión como sinónimo de fuga a la realidad. Un slogan conocido por todos: "la droga es un viaje de ida: no te subas". Caricatura superespontánea que asoma de un presunto consumidor: "precisamente me subo porque es un viaje de ida". No estoy tirando razones inobjektas, estoy tirando posibles impulsos y móviles. Pareciera que hay blancos cerrados, incongruentes, y a veces hasta invertidos.

Otra cuestión relacionada con lo anterior, es la tutela. Muchas campañas, sino todas, están integradas de una acumulación o sucesión de consejos, slogan o prescripciones. SIDA (que no es droga pero está a la par): "evite los encuentros sexuales ocasionales", es un consejo. Ustedes pueden preguntarse: ¿por qué en lugar de soltar esta prescripción directa, no se le proporciona a la gente información clara y suficiente; y se la deja que tome la iniciativa?. ¿Por qué tomar la iniciativa por ella obviando, en la generalidad, el aspecto informativo? Lo primero que la gente necesita es buena información sobre el tema y no que venga alguien y le diga lo que tiene que hacer. El sentido común indicaría esto. Esto porque el grueso de las campañas están acuñadas o moldeadas sobre el modelo tutelar. No conozco mucho sobre el tema pero les puedo decir que el modelo tutelar es un modelo absolutamente arraigado en la cultura de nuestro país. Funciona en su aspecto más policíaco y represor, funciona en su aspecto más trivial y light. Hay tutela en la publicidad, hay tutela en los libros de autoayuda, hay tutela en los diversos cultos que se profesan de diversas maneras. Hay (pareciera) una insondable e inagotable necesidad de la gente de ser guiada y tutelada, que le digan lo que tiene que hacer: para cambiar la cucha al perro, para ser feliz con su marido, para lograr una vida mejor, para lo que sea; el modelo tutelar está instalado. Y las campañas antidrogas, en general, responden a este modelo.

"Evite los encuentros sexuales ocasionales".... perdón ... yo pregunto... humilde ciudadano ... ¿no es como una injerencia en mi privacidad que aparezca una señora y señale con su dedo?. ¿No es mejor que se dé información de lo que me puede suceder y yo después veré lo que hago?. Si hubiera auténtica consideración por el destinatario y por su condición de persona no debería funcionar este modelo. Pero,

ojo!: Yo creo que nosotros mismos, los destinatarios, tenemos que ver con la perpetuación de esta costumbre. Inevitablemente se trata de una tutela instalada.

Los rasgos (que antes mencioné de un modo desprolijo y abrupto) creo que dibujan un efecto posible de las campañas antidroga. ¿Cuál es el efecto posible?: no todas, repito, pero una buena cantidad de ellas, son campañas más centradas en la imagen del emisor que en la suerte de los destinatarios. Dicho de otro modo, son campañas cuyo intento mayor es blanquear, redimir, legitimar o enaltecer la imagen de quien hace las campañas, antes que hacerles llegar un mensaje genuino a los destinatarios. Me parece que funciona así. Volvemos a lo que dije antes: el territorio del mal social que es la droga, obviamente cumple funciones. Así como por un lado puede estimular el control social, con el nombre de la droga hoy es posible emprender muchas operaciones, algunas de ellas fundadas y otras no. En nombre de la droga hay mucho que se puede hacer: chocó con el auto porque iba a 100 km/hora... estaba drogado, mató a la mujer con un cuchillo y... estaba drogado; le hicieron un gol imposible a un arquero de buenos antecedentes y... estaría "falopeado". La droga en su calidad de objeto mitológico entra en cualquier lado.

# **Día Internacional Jornada contra el uso indebido de drogas**

Jornada<sup>2</sup>  
Alberto Calíbrese

Graciela Touzé

Diana Rossi

Patricia Simón (Coordinadora)

## **Dra. Patricia Simón:**

Antes de presentar a los expositores, a quien ustedes ya conocen por su importante actividad profesional y porque hemos tenido la suerte de compartir con ellos en otras oportunidades) quería, muy brevemente, hacer una síntesis de lo que venimos realizando desde el Centro de Prevención de Adicciones. Como ustedes saben, el Programa de Adicciones depende de la Secretaría de Salud Pública Municipal. Hace seis años que estamos trabajando en este tema y siempre lo hemos hecho apuntando al desarrollo de políticas de prevención y al trabajo en la comunidad y con la comunidad. En estos años nos hemos ido sumando a otros proyectos, hemos compartido puntos de vista y hemos articulado acciones con otras instituciones.

Nosotros tenemos, hoy, en la ciudad de Rosario una realidad muy particular, un triste privilegio: ser una de las ciudades con mayor índice de consumo de drogas. Esto nos obliga como profesionales de la salud y como equipo de prevención a ir produciendo otros corrimientos y, de alguna manera, a reposicionarnos en el accionar con la comunidad. Es por esto que, a partir de esta nueva gestión municipal que ha comenzado en diciembre del año pasado, nos hemos replanteado nuestra modalidad de abordaje y tratamos de repensar lo que veníamos realizando. Si hasta ese momento el énfasis estaba puesto en el trabajo en las instituciones educativas, hemos pensado (y es lo que estamos haciendo) trabajar más en los barrios con grupos de jóvenes.

Sabemos que la cuestión de las drogas en nuestro municipio ha dejado de ser algo coyuntural, para pasar a estar verdaderamente enraizado, enquistado en la misma evolución de nuestra sociedad. Esto implica, de alguna forma, pensar y desarrollar otras perspectivas para ir poniéndonos a la altura de las circunstancias. Con esto quiero decir que el peso de lo social en la salud es abrumador. Nosotros nos hemos abierto a trabajar desde el equipo de prevención no solamente atendiendo a las cuestiones puntuales de adicciones, sino que alrededor de esto aparece todo lo que es la problemática de violencia, su relación con el SIDA, la marginalidad, la desocupación, la desnutrición. Nos vamos encontrando en el recorrido con la comunidad con otros factores asociados o ligados a la problemática en sí. Hemos invitado a los profesionales que hoy nos visitan, a los licenciados Alberto Calabrese, Graciela Touse y Diana Rossi, porque compartimos ciertos puntos de

---

<sup>2</sup> Jornada desarrollada el 22/06/96, dentro de los actos por el Día Internacional de Lucha contra el uso indebido de drogas (26 de junio)

vista, lineamientos teóricos y algunos ejes de trabajo acerca de cómo entendemos debe manejarse el problema del uso indebido de drogas. Desde la institución FAT, con toda la experiencia que la avala y el trabajo que viene realizando, sabemos que no se han centrado en un modelo único de prevención, sino que se han ido dejando de lado diferentes modelos: el modelo jurídico, el sanitario, el médico, para tener una amplitud de criterios en relación a otra modalidad que no supone un saber cerrado, un saber absoluto. El enfoque de la reducción de daños es una modalidad que nos parece interesante, que implica un desafío, que creemos no debe reducirse a algunos de sus efectos en la práctica, y que aún no está suficientemente debatido en nuestro país. Hoy, además de escuchar a estos profesionales que vienen a contarnos sus experiencias después de muchos años de trabajo en la comunidad en prevención y asistencia, apostamos a que haya un verdadero intercambio de ideas.

Que podamos debatir y que esto esté abierto a los interrogantes que surjan. Los dejo en presencia del licenciado Calabrese, que es presidente de FAT, docente, investigador y autor de numerosas publicaciones en relación al tema de las adicciones.

### **Lic. Alberto Calábrese:**

Muchas gracias a la Municipalidad por la invitación, en particular al Centro de Prevención de Adicciones, con el cual ya hemos tenido intercambios. Voy a tomar dos o tres ejes de los que estuvo apuntando mi introductora, en tanto tienen que marcar un poco lo que me pidieron que hable.

La primera cuestión responde a una pregunta: ¿Lugar de tránsito?. Rosario (y podríamos decir cualquier otra ciudad) tiene este problema incorporado como parte de la vida cotidiana. Esto es algo muy importante porque hasta hace poco se repetía ese sonsonete de que "éramos un país de tránsito, pero ahora nos habíamos convertido en un país de consumo". Esta era una observación falsa que la usaron mucho los funcionarios públicos, que decían esto como que "el cataclismo antes era temporario y ahora lo tenemos en forma instalada". El cataclismo siempre estuvo. Lo voy a explicar: el cataclismo siempre estuvo en cuanto las adicciones no son una novedad: son parte de la historia del hombre. Lo que es novedad es la grupalización, es la extensión del fenómeno a todos los estratos sociales. Éste es el fenómeno de hoy: la socialización de un fenómeno que antes se veía como particular.

¿Fenómeno nuevo?: Otro absurdo: en la Argentina parece que no nos drogábamos hasta que apareció la cocaína, la marihuana, etc. Tampoco es cierto. En las décadas anteriores vimos un consumo muy grande de sustancias psicoactivas, pero de productos farmacéuticos. Esto hacía de la Argentina un país consumidor de esas sustancias que llamamos de producción intermedia, o sea, sustancias que se producen para la industria química o farmacéutica y que son derivadas al consumo en forma abusiva o dependiente. Pero esto también era un fenómeno de hace 15 o 20 años. Entonces, lo que sí se ha popularizado es el consumo de sustancias psicoactivas de origen prohibido a todos los estratos de la población.

¿Afecta solamente a sectores marginales? No: le ocurre a todos los estratos de la población. Antes era una cuestión de ciertos sectores sociales, o ciertos grupúsculos que pertenecían al arte, al poder, o al dinero, y que por eso se podían hacer viajes extras y probar sustancias en otros países. Pero ahora, lo esporádico, la mancha se ha convertido en un salpullido generalizado. ¿Por qué? Porque evidentemente hay cuestiones del sustrato social, de todo el contenido que tiene la sociedad, que hacen necesaria la aparición de un fenómeno y lo soportan.

¿Es la droga una cuestión de oferta?: Acá hay otra cuestión que tenemos que introducir: esto tampoco es un problema de la oferta del narcotráfico. Tenemos acá abundando la afirmación de que "el problema aumentó porque el tráfico ha aumentado su oferta"; pero el tráfico aumenta su oferta en tanto existan condiciones de demanda. Esto también hay que grabarlo porque sino caemos en la imagen ya aceptada del azote, el flagelo y toda esa historieta que nos pone en el papel de masoquistas, pobres víctimas de un hecho que no acontece de otra forma que por imposición. Evidentemente el que comercia drogas lo hace de una manera tal que, como cualquier otro comerciante (sobre todo oportunista), va aprovechando las circunstancias que le brinda un mercado y se introduce con los elementos o las formas que ese mercado necesita.

¿Podemos hablar de "la droga"? No. No podemos hablar más de droga en singular: hay que hablar de drogas. No hay una sustancia que pueda activar en cualquier persona y convertirla potencialmente en un adicto, sino que hay drogas. Hay distintas sustancias, porque drogas pueden ser tanto legales, como intermedias, como prohibidas que pueden operar en una forma más o menos encontrada con determinada persona. Esto hay que recordarlo, porque si no, estamos arguyendo acerca de una entelequia, que sería la droga, que se apropia de las pobres víctimas que andan circulando por la calle. Entonces, son diversas sustancias que se enganchan con distintas personas.

Y a propósito que dije la palabra mercado introduzco otra cuestión más, que es importante tener en cuenta y poder decir algo sobre prevención: es el hecho de que las drogas hoy son una mercancía. Esto es muy importante de grabar. ¿Qué quiere decir esto? Que tienen valor de mercado, o sea, tienen un valor de uso, porque las puedo consumir o porque las puede consumir otro; y tienen un valor de cambio: puedo cambiar plata por drogas, drogas por autos, autos por armas. Son mercancías porque tienen una representatividad no solamente en el imaginario para lo que se le quiere adjudicar - esto es, "porque me quiero sentir mejor" - sino porque interesa además su valor monetario. Las drogas son algo más que sustancias activas en nuestro cerebro, en nuestra voluntad, en nuestras sensaciones: al tener un valor de mercancía, tienen una constancia distinta en la sociedad. Porque al tener justamente valor de uso y de cambio, tienen un valor apropiado que se representa monetariamente. Esto quiere decir que la asociación que ha hecho el adicto en otras épocas exclusivamente por los efectos de la sustancia, hoy lo hace por otra cuestión que es la representación monetaria que tiene esta sustancia.

Porque él sabe, intuitivamente, que si consume una droga está consumiendo un objeto que tiene una alta representación social y que curiosamente esta alta representación social tiene una substanciación en las personas representativas que lo consumen. Además estas personas representativas no suelen tener los castigos que tienen los adictos de la calle. Entonces la otra consecuencia es que el adicto de la calle no percibe que lo que está haciendo sea digno de ser castigado. La diferencia crucial entre los adictos de veinte años atrás y los de hoy, es que en el adicto de hoy, la droga en general no interviene en su vida en función de algo prohibido, sino en función de sus expectativas de introducirse en el sistema. Esto es: sentir que cuando consume esa sustancia lo hace en función de algo que está bien valorado en cuanto a lo que cuesta y en cuanto a lo que representa. Porque por algo (y está lleno de ejemplos públicos) hay mucha gente que habiendo consumido esa sustancia, o habiendo traficado con ella, o habiendo hecho las dos cosas, no solamente fueron liberados sino que fueron exculpados y en realidad no pasó nada. Hay casos demasiados conocidos como para que tenga que dar los nombres. Casos de valijas que pasaron por todos lados pero no encontraron ningún punto de detención, al punto que la jueza que tuvo a cargo el caso estuvo un año para decidir si la palabra detención en castellano de Castilla o el castellano

de Bs. As. era lo mismo, y entonces no se detuvo al personaje. Otro caso: una señora muy conocida que salió en todas las revistas, que en un mes fue declarada enferma y dos meses después ya estaba curada; cosa que no le pasa a los adictos comunes.

Ustedes me dirán que esto siempre pasa; la "ley del embudo" en materia social funciona, es cierto. Pero lo que también funciona es que el adicto de calle no siente que esté transgrediendo. Dice: "si al otro, que representa mucho socialmente, y que también se droga, no le pasa nada, y al contrario es representativo, entonces, ¿por qué no yo?, ¿por qué me voy a perder esto si es mi manera de introducirme en este campo de poder, en este campo de "tener"?. Yo digo que en ese sentido las drogas hoy son más que una tarjeta de crédito, porque no necesitan presentación, no necesitan co-garantes, no necesitan fidelidad bancaria, ni antecedentes, se mete y se terminó. Esto cambia muchísimo el sentido de la adicción. Ya no se hace con la transgresión al estilo de los años 70, que los adictos nos contaban "yo me las tomé a todas, por eso soy un verdadero adicto", es decir una persona que se enfrenta al sistema. Hoy no se siente tanto que estén transgrediendo, es muy raro que un adicto que ingresa a tratamiento perciba que su conducta esté socialmente reprobada, más allá que estemos de acuerdo o no con ellos. El tema es que él no siente que esté transgrediendo, no siente que esté quebrando normas, sino que al contrario: que se está incorporando. Y esto cambia totalmente el sentido de lo que se haga a partir de esto. Es muy difícil establecer las pautas a partir del discurso clásico de "esto está mal y no lo haga, es feo y le va a hacer daño". Porque no solamente esto ya no es percibido así, sino que lo contrario: es visto como que al meterse en ella puede significarle algunos dividendos, incluso de tipo económico, es muy difícil sustraer a crecientes sectores de la población a no hacerlo.

En el año 90 hubo una resolución de las Naciones Unidas sobre prevención, que reconoció que la mayor cantidad de gente que ingresaba al mercado de las adicciones en función de obtener un rédito en el mercado, era cada vez más difícil de desactivar. Concretamente el enunciado de las Naciones Unidas decía: cuanto más gente entre en el consumo como forma de sostén de vida - o sea, no sólo el consumidor sino el traficante, la persona que tiene que comprar y vender para sostener su adicción - mucho más difícil es de desactivar por grupos. Esto es real, le pasa tanto a los productores campesinos de Bolivia como al traficante de Miami o de donde fuere que tiene que sostener su adicción a partir del hecho que puede comprar, vender, y con eso puede no solamente sostenerse en la adicción sino sostener su vida.

Con todo lo que dije está clara la afirmación de Patricia en el sentido que esto está enraizado en Rosario. Es una afirmación de la constatación de la realidad, como que el problema está enraizado en todas partes. Forma parte de lo cotidiano; por eso hay tantos adictos y tanta gente que consume drogas, ya sea usualmente, en forma abusiva o en forma dependiente. Y por eso es tan significativa, tan paradigmática, para el contexto social. Si uno quiere saber qué está pasando con una sociedad, uno de los síntomas mejores que hoy tenemos para mirarlo es este tema. Por algo el discurso se pone tan enfático, tan fuerte, en el sentido de decir "esto está mal" y de acuerdo a eso funcionan y se endurecen el discurso, las leyes, lo que dicen los funcionarios y los comunicadores sociales, marcando lo que la sociedad desea ¿Por qué ocurre? Creo que acá tenemos una de las falacias que tienen que ver con la prevención: el supuesto que hay en todo esto es: "si no hubiera droga todo andaría fenómeno". Esta suposición de que todo andaría mejor si no hubiera droga marca que aquél que la consume es un réprobo, el narcotraficante es el peor de los malos. Fíjense que cuando tuvimos el escandalete de Al Kassar se marcaba que él era malo porque era un narcotraficante. El Sr. Al Kassar fundamentalmente es un traficante de armas, pero esto no le importaba a

nadie; entre otras cosas porque ya vimos que el gobierno es exitoso en su comercio de armas por el mundo.

Con este esquema, el poder supone que si pone lo que está mal en algo completamente externo a sí, (se llame adicto, traficante o droga) todo lo demás funciona, por añadidura, bien. Y la gente muchas veces compra este discurso, lo compra porque es cómodo. Si uno cree que algo le viene por casualidad y uno se convierte en adicto sin que medie nada, entonces, nadie tiene nada que ver y esto es una desgracia, luchamos contra esta droga y lo ponemos para afuera, la lucha la hace otro, entonces, es un problema de fuerza, de represión, que se limita a acertar en dónde se puede atornillar. En este momento sé de una convocatoria en La Plata que está anunciada con el pomposo título de: "El gran La Plata zona libre de drogas"; es lo mismo que decir "el gran Rosario zona libre de mosquitos", es un imposible. Estos imposibles le encantan a determinadas figuras públicas, que han hecho de la lucha contra la droga su caballito de batallas y su forma de introducirse al poder.

La lucha contra la droga es una cosa absurda como tratar de enderezar clavos con los dedos a meros golpes. Porque la lucha contra la droga no es constitutiva de la lucha por nosotros mismos. ¿Cómo se previene?: ¿por el sentido de la lucha contra la droga? Hay un funcionario que está en la provincia de Bs. As. que anda con una cabalgata de diez mil líderes tratando de acabar con las drogas a partir de la lucha contra ellas. O sea, lo constitutivo para que tengamos sentido parece ser la lucha contra las drogas. Obviamente la lucha por nosotros y el cambio que se propone a través de ese liderazgo no es contra la droga, porque sino habría que hacer 800 liderazgos: contra el SIDA, contra las drogas, contra el cólera; tendría que haber líderes para cualquier cosa. Ahora, si uno propone "un líder para el cambio" sin ningún otro agregado, entonces puede ser que ese cambio tenga una propuesta también en el sentido de las drogas.

Y éste es el problema de la prevención. El eje de la prevención es: ¿estamos luchando contra las drogas o estamos luchando por nosotros mismos? Si estamos luchando contra las drogas yo diría que es un esfuerzo que no vale la pena. Las sustancias hoy están, mañana podrán ser sustituidas por otro tipo de problema; siempre va a ver sustancias, desde luego. Aunque hoy se acabarán todos los cultivos del mundo ya están las drogas de diseño para reemplazarlos, o sea, las drogas que ya están siendo producidas en minilaboratorios y después hacen mezclas como el PCP, el polvo de ángel, etc; que son mucho más fáciles de producir y de comercializar que todo el famoso tráfico de la cocaína, de la heroína, etc, que implica viajes, idas, vueltas, depósitos, aduanas. Quiere decir que si el hombre quiere y necesita drogarse lo va a hacer aunque se tapen con afán todos los cultivos hasta de papas (por las dudas que sean alucinógenas) y, en cambio, vamos a tener la propuesta de qué otras cosas van a venir en función de lo que hoy representan las drogas. Entonces, el sentido de la prevención, en definitiva, es el sentido por nosotros mismos. Por eso antes de hacer prevención lo más importante es preguntar de qué queremos prevenirnos, tenemos que pensar qué debemos prevenir, cuáles son las funciones que queremos alterar, cuáles son las funciones que no queremos que se repitan. Porque sino caemos en esa suposición que tiene el discurso: "acá está todo bien si no fuera por esa droga que nos viene mal".

Y sabemos perfectamente que así como se dice "hoy la drogadicción es un hecho constatable y preciso de la vida de la ciudad de Rosario", también les puedo decir que lamentablemente es un hecho preciso la desocupación, que también alimenta el sistema de adicción. Por supuesto que cuando yo digo esto no va a faltar quien diga "en Suecia, que hay mucho menos desocupación y hay un Estado de Bienestar mucho más palpable, también hay adictos". Pero en ese caso, busquemos cuál es el sentido de esa sociedad; quizás está todo tan estructurado que los lleva a una

suerte de hastío que haga constitutivo el hecho que aparezcan drogas. En las sociedades en donde se sobrevive como se puede, es mucho más fácil que la gente se drogue por los problemas que son de lectura cotidiana como desocupación, falta de perspectivas de la propia profesión, desorganización social, familias que no tienen respuestas para sus hijos, hijos que no tienen propuestas para su vida, etc; es mucho más fácil que la gente se drogue por esto que por otra cosa. No quiere decir que sea exclusivo.

¿Queremos hacer prevención? Entonces preguntémonos por el sentido de esa prevención. Si estuviera en Suecia yo diría lo mismo. La situación de prevención debería hacer mención acerca del proyecto que constituye un sentido para una sociedad determinada en un momento determinado. Además no es algo establecido, no se puede venir con un discurso prefabricado, sino que esta cuestión se construye. Cuando no hay propuestas mayoritarias se construye a través de los pequeños grupos; esto es otra cosa importante porque nos pone en protagonismo a cualquiera. Si se hace de otra manera, el protagonismo pasa por unos pocos actores, una dirección delegada, una institución que se dedica a eso. Para hacerlo más gráfico y entendible: supongamos que estuviéramos en Bariloche y en un lugar de bosques en donde hay incendios; entonces una de dos: o le dan la responsabilidad a María Julia Alzogaray, y hay un organismo específico que algún día comprará un avión para regar las cenizas de lo que quede; o la gente se hace cargo. ¿La gente se hace cargo por organizarse como bomberos voluntarios? No. La gente se hace cargo en cuanto al sentido de la prevención contra los incendios. El por qué prevengo: porque me interesan los bosques como belleza, como turismo, como presencia de un paisaje determinado, etc. Entonces en ese sentido me educó y educó para que la gente sea menos desaprensiva con el fuego, para que se pueda buscar leña pero de lo que cae y no de lo que se corta, etc. Son cosas de las que se va apropiando una población. Traje este ejemplo del incendio, porque lo mismo pasa con las drogas. Si queremos recuperar lo que nos es constitutivo como sociedad, tenemos que apropiarnos del sentido, sentido que hoy surge de los pequeños grupos, no de la propuesta global social. Porque hoy no hay una propuesta global: hay una "antipropuesta". Porque tiende a un sálvese quien pueda.

Cuando las sociedades están más destruidas surgen las asociaciones primarias. Esto pasa después de las guerras, después de las grandes catástrofes. La gente se empieza a agrupar y a encontrar formas de acceder a lo cotidiano desde otra perspectiva. Y este cambio de perspectiva es lo que le da sentido, aunque tarda un tiempo en manifestarse. Una propuesta, para que sea estable, tarda un tiempo: es el tiempo que tarda la conciencia en reconocer que las cosas no son como se presentan, sino que son de otra manera, que se pueden dar vuelta, que deben ser dadas vuelta. Yo sé que esto puede sonar un tanto utópico y difícil en el mundo que nos toca vivir, porque es un mundo con pocas utopías, extremadamente competitivo y cerrado, con muy pocas perspectivas. Es indudable que las perspectivas que hace 30 años atrás tenía cualquier persona por ser joven, tener 20 años y salir al mundo eran infinitamente superiores a las que tiene hoy cualquier persona en las mismas circunstancias. Y esto hace que las conductas sean regresivas y sean disociadas, por esta falta de horizonte. Pero el horizonte se puede crear, es más si no creamos el horizonte, él no viene solo.

¿Cuáles son las cosas que nos planteamos para cambiar? Si hay algo que nos tiene que sostener para poder hacer la prevención es el hecho de que a través de ella podemos descubrir qué otras cosas están subyacentes, en cualquier planteo social, que están pugnando por salir y que a lo mejor solamente se pueden hablar a partir de que apareció este fenómeno adictivo, porque si no, quizás no hubieran sido conversados. A veces se necesita de lo sintomático para que se preocupen por el

enfermo. Si el enfermo es asintomático la gente cree que no le pasa nada, hasta que no ve la manifestación no lo toma como tal.

Esta asintonización de la sociedad tiene que ver con que en realidad no tenemos una sintonía de nosotros mismos. Nos falta preguntarnos qué queremos, hacia dónde vamos, cómo nos podemos juntar, qué cosas nos hacen juntarnos, qué tipos de perspectivas tenemos para hoy y mañana. Y que cuando faltan los grandes horizontes, hay que fijar pequeños horizontes. Que cuando faltan las grandes perspectivas, tenemos que construir una perspectiva viable, aunque sea pequeña.

Las dos grandes expectativas que cubre la prevención son: captar lo diferente y posibilitar lo necesario. Si uno no hace estas dos cosas no hay prevención posible. El decir simplemente "esta agua no se puede tomar porque hay cólera", no significa nada sino lo puedo poner en otros tipos de palabras. Es decir, por qué es necesario que no tome esta agua si no la herví previamente: porque quiero vivir de otra forma. En definitiva entonces, no puedo decir si esta agua es buena o mala. El sentido de la prevención desde esa perspectiva nos cambia también nuestra forma de asumir el protagonismo que necesitamos para hacer prevención. Porque hacer prevención sobre un objeto es describirlo y nada más: "Esto es malo por tal cosa".

Si en cambio me olvido del objeto, entonces me pregunto: qué hago acá, por qué estoy diciendo esto, por qué están ustedes escuchando esto, por qué se hizo esta convocatoria, cuál es el sentido de lo que hacemos. Si encontramos una punta en cada lugar vamos a ir armando una respuesta que tenga que ver con esto. Y nos va a ayudar en lo cotidiano a solventarnos, a caminar de otra manera, a juntarnos de otra forma, a redescubrir cosas que parecían de cánones prehistóricos. Como reencontrar la solidaridad, por ejemplo, y otras palabras que hoy no son usadas porque han dado lugar a otras totalmente distintas, diferenciadoras y arrolladoras de cualquiera de estas perspectivas.

En definitiva - como se ha visto a lo largo de 30 años de crecimiento del fenómeno adictivo en todo el mundo, de un enorme despliegue logístico y operacional puesto en función del control del narcotráfico y de una prevención equívoca hecha en base a "no coma esto porque le hace mal"- tenemos que replantear todo esto. Tenemos que reconocer que, aunque la cuarta fuerza aérea del mundo esté controlando los cultivos, sin embargo hay más adictos en Nueva York, y aunque los guardacostas americanos tengan un servicio de patrullaje las 24 hs. para las mil millas del Golfo de México (que le sale a EEUU 50 mil dólares la hora por 30 millas recorridas), no puede evitar que entre esa gran cantidad de droga para el abastecimiento americano.

Lo que está faltando es discutir cuál es el sentido de decirle no a la droga; es lo que nunca se preguntaron. La propuesta era simplemente dígame no, ¿y no por qué? Para que ustedes no le digan solamente que no, sino que digan otra cosa, hay que crear estos espacios, estos lugares, estos sentidos de la prevención que hacen que realmente valga la pena hacerla. Porque cada vez que hacemos un acto preventivo en realidad nos estamos previniendo a nosotros mismos "de qué? De la falta de perspectivas para nuestra propia vida. Porque cuando se vuelve a argumentar, a rearmar el tejido social, entonces volvemos a encontrar la esencia de lo que somos como personas. El eminente sentido del hombre es un sentido social, es un sentido enraizado, comunicado con otros. No es autista. No es autista ni aún en los límites de su propia familia, porque esa familia aislada no tiene sentido, "a quién le podría mostrar sus logros, sus desgracias, compartir penas o alegrías si no hubiera otras familias que sostienen ese tejido social?"

Y el sentido de la política - que sería en definitiva la prospectiva de un conjunto de familias organizadas en una polis, en una ciudad - es aquel que justamente

reencuentra los programas de crecimiento, de perspectiva, de aglutinación de todas esas familias que la componen; no al revés. Y hoy está perdido el sentido general, porque no hay una propuesta proyectiva mayor, no hay un presupuesto de proyecto general. Hoy con más razón, con más sentimiento que nunca tenemos que volver a decir: busquemos las respuestas a través de la pregunta, volvamos a juntarnos. No importa que hoy parezca una tarea de hormigas, toda tarea humana en definitiva lo es, porque siempre es una gota más en el océano; pero una cosa es tirar gotas de ácido y otra agregar agua.

Entonces, si ustedes quieren un sentido de la prevención, si ustedes quieren un modelo en la prevención, busquen justamente qué es lo que los sostiene como personas, qué es lo que los puede sostener como grupos y después, sobre eso, sí monten los modelos de prevención. No al revés.

Las sustancias, en definitiva, ni son buenas ni son malas, están ahí. El hombre las usa. Como usa las armas cuando se le ocurre o como usa la pluma para escribir sandeces o genialidades. El hombre le da sentido a las cosas, porque es el único ser de la naturaleza que puede pensar sobre sí y su destino. Si podemos pensar sobre nosotros, sobre nuestro destino y sobre el destino unificado con otro, que es el destino social, entonces podemos hacer prevención. De ninguna otra forma. Sobre esto después hay estrategias, tácticas, aproximaciones, objetivos y pequeños actos que los podemos ir construyendo a partir de determinados modelos operativos. Pero primero siempre nos debemos preguntar acerca del sentido. Una vez que se preguntaron por el sentido, pregúntense además si el hombre en realidad no reconoce hoy en la droga lo que antes reconoció en los siete jinetes del Apocalipsis. Si no, tomen la historia; vean que los constituyentes que aparecen en la Biblia para justificar el diluvio, no son muy diferentes de las cosas de las que nos quejamos hoy. Sin embargo, el hombre está aquí, ahora y pasó el diluvio. También va a pasar esto. Lo único que nos va a sostener es el hecho de lo que podamos creer a partir de ideas, que podamos concretarlas en actos, que se engargen con otras personas y que dejen la sustancia como para que pueda seguir por otros caminos. Gracias.

### **Patricia Simon:**

Muchos de los conceptos vertidos por el licenciado Calabrese en relación a los ejes sobre prevención, me parecen importantes para retomar después en el debate y discutirlos.

Las licenciadas Graciela Touse y Diana Rossi son trabajadoras sociales. Graciela Touse es docente en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires y presidenta de la Asociación Intercambio, una asociación civil que trabaja fundamentalmente el tema de la drogadicción. Diana Rossi es docente, secretaria académica de la Facultad de Trabajo Social, investigadora y también miembro de la Asociación Intercambio. Como van a interactuar, las presento en conjunto: se van a referir a las políticas de control del uso de drogas y políticas de reducción de daños. Las escuchamos.

### **Lic. Graciela Touse:**

Con Diana tuvimos el gusto de estar en esta misma sala hace dos años. En esa oportunidad habíamos trabajado aspectos conceptuales vinculados a dos posiciones, actualmente bastante debatidas, en relación a las perspectivas de control de problemas como los del uso de drogas. Vamos a hacer un breve encuadre conceptual desde el que podemos abordar algún tipo de estrategias de acción. Pero nos interesa, fundamentalmente, poder avanzar a partir de este

encuadre en algunas experiencias de acciones concretas, de trabajos concretos, desde esta perspectiva poco difundida en nuestro medio que es la perspectiva de reducción de daños.

En nuestro encuentro de hace dos años, habíamos estado discutiendo de manera fundamental cómo se están organizando y cómo se están diferenciando con mucha claridad las políticas de control, frente a temas como el del uso de drogas, o como el VIH-SIDA. Y habíamos trabajado cuáles podían ser los puntos de encuentro entre estas dos problemáticas y qué tipos de respuesta tanto sociales como en términos de políticas públicas - sociales o penales - se están planteando frente a estos desafíos del momento actual. Habíamos reconocido con claridad dos posturas. Son las que a nivel de Occidente están sido debatidas y llevadas adelante como posturas hegemónicas en el primer mundo: desde los Estados Unidos lo que llamamos la política de abstención y desde los países europeos las políticas de reducción de daños. Frente a estas problemáticas, el SIDA y el uso de drogas, distinguimos estas dos posturas o corrientes en el marco de las lecturas que se vienen haciendo de estos fenómenos. En estas corrientes vemos fuertes impactos.

Por una parte hay un impacto en los modelos preventivos, si entendemos por prevención las acciones orientadas a la población en general, centradas en un aspecto más educativo. Por otra parte en las acciones de tipo asistencial o terapéutico, orientadas no ya solamente a la población que se supone no utiliza drogas, sino a la población que está utilizando drogas y sobre la cual se desea realizar algún tipo de intervención. "Cuáles serían las diferencias fundamentales en relación a estos dos enfoques?:"

- En la primera lectura, la abstencionista, se desdibuja el tema de las drogas para convertirlo en el tema de la droga. Esta lectura centra el análisis " en la falta de análisis, es decir, en una lectura desde el prejuicio, una lectura desde la creación de estereotipos. La hemos visto mucho, respondiendo a distintos modelos preventivos, haciendo énfasis en distintos aspectos de las propuestas preventivas, y ha tenido predominancia hasta el momento. "Por qué le llamamos abstencionismo?, "cuáles son los rasgos fundamentales de esta corriente como política de control en el tema drogas? La meta y el objetivo fundamental de esta corriente, es lograr la abstención de ciertas conductas. En el caso de uso de drogas: la abstención del consumo de las mismas. Es decir, el objetivo primordial es reducir, suprimir, eliminar el uso de sustancias en una población dada. Y es este objetivo el que organiza todas las acciones, el que organiza la lógica de intervención tanto en prevención como en asistencia. Esta corriente, con mayor predominancia desde hace muchos años, corresponde a este discurso en la campaña Reagan del "just say no" ("sólo diga no"). Este slogan es el lema más paradigmático de la campaña preventiva centrada desde el abstencionismo. Y en todo lo que haga a intervenciones de tipo asistencial, el objetivo está centrado en que un sujeto que consume drogas suspenda ese consumo.
- La otra corriente que tiene fuerte impacto, principalmente en los países europeos, es la que se ha dado en llamar de reducción de daños. Cambia aquí el eje y las acciones se organizan a partir de otra lógica. ¿Cuál es este cambio? El eje ya no va a pasar por la suspensión del consumo, por ponerse como meta que se elimine el consumo de sustancias, sino que la meta prioritaria y lo que va a organizar todas las acciones tiene que ver con la reducción de los efectos que el consumo de sustancias puede tener. Cuando decimos reducir los efectos es interesante reconocer cómo la misma perspectiva hace un fuerte énfasis no sólo en lo que se conoce como los efectos primarios del uso de sustancias (es decir aquellos efectos producidos por el mismo uso de la sustancia: determinado tipo de afecciones,

problemas a nivel psicológico y biológico); sino el énfasis principal está colocado en lo que se ha dado en llamar los efectos secundarios del uso de las drogas. Estos efectos secundarios están provocados por las respuestas sociales frente a este uso. Si pensamos cuáles son las respuestas sociales vamos a encontrar que principalmente son respuestas de estigmatización, de rotulación, de segregación de las personas y los grupos usuarios de drogas o sospechados de uso de drogas. Entonces, dice esta perspectiva, que esos efectos sociales, esos mecanismos de estigmatización y de segregación tienen efectos mucho más perjudiciales, más devastadores que los mismos efectos primarios de las sustancias. Es decir, es mucho más de riesgo el mecanismo de estigmatización que se pone socialmente en juego en relación a los usuarios de drogas, que los mismos efectos que el consumo de esas sustancias producen en esos sujetos. Entonces la intencionalidad va a estar dada en la reducción de esos efectos, tanto los primarios como los secundarios; y se va a trabajar sobre este eje. Esto genera una serie de alternativas de intervención muy diferentes respecto de las que venía generando la otra corriente. Cuando hablamos de reducción de daños, el objetivo prioritario es disminuir los efectos negativos producto del uso de drogas.

Este es un debate relativamente nuevo, que con mucha potencia se está dando en otros medios (quizás no en el nuestro). Digo relativamente nuevo porque este año se celebró la séptima conferencia internacional de reducción de daños. Siete años es poco tiempo, pero no es tan poco como para que tengamos tan escasa información por estos pagos. Si bien este fuerte debate, insisto, es relativamente nuevo, esto no significa que la corriente de reducción de daños carezca de antecedentes remotos. El primer antecedente lo podemos situar a mediados de la década del 20 en las resoluciones de lo que se conoció como el comité Roleston, reunido en Gran Bretaña, que llegó a la conclusión y elevó como recomendación, que era conveniente que los médicos prescribieran a pacientes usuarios de distintas sustancias (en ese tiempo opio y morfina, fundamentalmente) dosis decrecientes y dosis de mantenimiento de esas sustancias. Esta primera resolución es donde ancla parte de la perspectiva de reducción de daños, fundamentalmente aquella que hace mayor hincapié en los efectos primarios, en los efectos de las sustancias, y que dio origen con posterioridad a lo que se conoce como los programas de mantenimiento, donde con dosis prescritas de determinadas sustancias se mantiene a las personas que las consumen, en un uso controlado de las sustancias; a partir de la década del 60 fue el principio de los "programas de sustitución". Ustedes habrán oído, fundamentalmente en usuarios de heroína, los programas de sustitución con metadona, y también personas mantenidas a través de la prescripción de una sustancia diferente pero pariente muy cercano de aquella de la cual hacen uso en forma permanente.

En el año 84 encontramos otro hito en este sentido, nuevamente en Gran Bretaña, y desde esta perspectiva medicalizada. Los países anglosajones son los que han hecho punta respecto de esta estrategia. En ese año encontramos el primer rastro firme en un informe británico en que aparece la denominación de estrategias de reducción de daños. A partir de este informe, este enfoque y esta forma de intervención es tomada por la política pública de Gran Bretaña y es adoptado como política estatal. Y sin lugar a dudas, no es casual el año: el tema de la aparición de la pandemia del VIH-SIDA es como un factor decisivo en la consolidación de esta estrategia. "Por qué? Sin lugar a dudas, por lo que los datos epidemiológicos señalaban, y que se instaló como estereotipos sociales.

Me estoy refiriendo a los estereotipos que se constituyeron de los 80 para acá y que siguen teniendo fuerte vigencia en relación al VIH SIDA: aquella primera

denominación de "enfermedad de las cuatro H": de los homosexuales, de los heroinómanos, de los haitianos y de los hemofílicos. Rápidamente había quedado en estos primeros años configurada esta categoría, fuertemente criticada, fuertemente debatida, pero fuertemente presente aún, de "grupos de riesgo" para la infección del VIH. Y rápidamente los usuarios de drogas, especialmente aquellos que usan las sustancias por vía intravenosa, fueron categorizados como uno de estos "grupos de riesgo". Es decir que, siguiendo con esta perspectiva, aparecía la posibilidad de infección por el VIH como un efecto posible y un efecto altamente riesgoso del uso de drogas.

Desde esta perspectiva es donde la reducción de daños toma un nuevo impulso, respecto de cómo prevenir focalizadamente en poblaciones usuarias de drogas por vía inyectable, la infección por el HIV. No desde un discurso que dijera "si usted no quiere infectarse con el VIH suspenda el consumo de drogas", reconociendo que éste puede ser un mensaje altamente bien intencionado pero bastante ineficaz a la vista de estos últimos por lo menos 30 años de mensajes preventivos.

Y partiendo del objetivo de introducir mensajes, discursos preventivos y acciones concretas que pudieran reducir estos efectos posibles del uso de drogas, también aparece este último eje que hace referencia no sólo a los efectos primarios del uso de drogas sino a los efectos secundarios. Es interesante cómo esto aparece: no como una simple expresión de deseos de prevenir la estigmatización y la exclusión; sino que, textualmente, está tomado de lo que son los lineamientos de la política en drogas y en VIH-SIDA del gobierno francés. Es decir, las mismas políticas públicas, en algunos países, empiezan a plantearse como ejes de la acción, de la intervención, ya no sólo la reducción de los daños ligados a las condiciones sanitarias de esta población, sino fundamentalmente trabajar sobre la reducción de los daños ocasionados por el tipo de respuestas sociales.

Esto va a marcar de manera cualitativamente distinta el desarrollo de las acciones y el funcionamiento de los servicios que atienden a esta población. ¿De qué población estamos hablando?. Cuando hablamos de estrategias de reducción de daños, ¿quiénes son los destinatarios privilegiados de los programas? Este tipo de programas están destinados a usuarios de drogas por vía intravenosa en esta asociación con la problemática del VIH-SIDA, lo cual no significa que no podamos pensar una estrategia preventiva orientada a una población general desde la reducción de daños. "A qué usuarios de drogas por vía intravenosa? Fundamentalmente a aquellos que no acceden a instituciones de asistencia, que no acceden a instituciones sociales, que tienen escaso contacto con los diferentes dispositivos sociales. Cuando me refiero a dispositivos sociales, no solamente incluyo los programas especializados para usuarios de drogas (de recuperación), sino también las guardias hospitalarias y las instituciones que ejercen otro tipo de control. Y no sólo lo que Pavarini llama los mecanismos de control social blando, respuestas de tipo asistencial, sino también a las respuestas desde el control social duro: las instituciones carcelarias, por ejemplo.

Una serie de estudios señalan que, desde que una persona inicia el consumo de drogas, hasta el momento en que tiene un primer contacto con alguna institución social, ese período promedia alrededor de los seis años. Quiere decir que tenemos una franja de tiempo bastante prolongada en la cual hay un conjunto de población que, por ejemplo, en relación al tema VIH-SIDA aparece fuertemente expuesta. Pero además, en general este primer contacto es con alguna de estas dos instituciones que mencionaba recién: o la guardia

hospitalaria o la cárcel; difícilmente el primer contacto sea con un programa especializado para recuperación.

En el caso de nuestro país, según la curva epidemiológica, ésta es la tendencia en aumento sostenido en los últimos años. Otro dato es que, por lo menos en los últimos dos años, el 44% de los enfermos de SIDA en nuestro país se supone que lo han adquirido por uso de drogas vía inyectable. Estamos hablando, para el caso de los adictos, de seis años sin consultar. Esa es la franja de tiempo en la cual esta población en apariencia altamente expuesta, no está recibiendo ningún tipo de intervención, desde ningún sector social. Entonces, es este sector de la población quien aparece como destinatario privilegiado para este tipo de programas. Estos programas, a diferencia de lo que veíamos en los programas estructurados desde una perspectiva abstencionista, jerarquizan sus objetivos de manera diferencial. Existe una serie graduada de objetivos que nos vamos fijando:

- En relación a reducir el riesgo de infección por el VIH en una población que utiliza drogas por vía inyectable, el primer objetivo a ser alcanzado desde esta perspectiva, va a ser que esa población no comparta sus equipos de inyección; evitar esta conducta que sería la que favorece la posibilidad de que se produzca la infección.
- Una vez que se ha logrado este objetivo, en segundo término aparece como un objetivo deseable la sustitución del uso inyectable de sustancias por un uso no inyectable. Es decir, el pasaje de una pauta de consumo determinada a otra pauta de consumo. No hay una búsqueda de suspensión del consumo sino de cambios en la modalidad del mismo. Buscar modalidades de menor riesgo para la persona, que preserven de mejor manera sus condiciones de vida, sus condiciones de salud.
- En tercer lugar aparece recién, como un objetivo a ser alcanzado, la reducción global del consumo de drogas, una vez logrados los anteriores.
- Y es en último término cuando aparece, como objetivo a ser buscado desde las intervenciones, la interrupción en el uso de sustancias.

Ustedes se dan cuenta que ésta es una jerarquía de objetivos absolutamente diferente de la planteada en las intervenciones desde una perspectiva abstencionista en la que, cuando una persona accede a algún servicio de atención, lo primero que aparece como requisito para los abstencionistas, es lo que aquí aparece como último objetivo a ser alcanzado.

Evidentemente estas cuestiones traen a luz nuevos temas que, desde programas organizados desde la perspectiva de reducción de daños, pueden y deben ser abordados. En primer término esto significa que de esta problemática del uso de drogas y del VIH-SIDA, la perspectiva de reducción de daños hace una aproximación no sólo sanitaria sino social. ¿Qué quiero decir con esto? La perspectiva aparece claramente con esta arista sanitaria, medicalizada, en aquellos antecedentes de la década del 20, que colocaban fuertemente el acento en la posibilidad del sector médico de regular y controlar mejores condiciones de salud para esa persona. Ahora aparece, fuertemente ligado a esto, una aproximación social, poniendo en cuestión algo clave: el reconocimiento o no del status de ciudadano de esta población que usa drogas. Esto constituye uno de los ejes más fuertes de discusión en torno a esta perspectiva, y quizás de los más polémicos y desafiantes para los que venimos trabajando en este tema, sobre todo quienes durante mucho tiempo nos hemos acercado desde otra perspectiva. ¿Qué quiero

decir con esto del status de ciudadanos?: "En qué medida, como instituciones sociales y como profesionales que trabajamos en diferentes instituciones, nuestras intervenciones tienen en cuenta los derechos de esas personas o atentan contra los mismos?. Cuando digo derechos me refiero a los derechos humanos que supuestamente debemos asegurar y preservar a todos: el derecho al acceso a la salud, el derecho a los cuidados; derechos que se plantean, desde esta perspectiva, en muchas de las intervenciones por los prerrequisitos, por las condiciones que se colocan para la asistencia, para atender a una persona, y que en realidad están violentando esa posibilidad de ser atendida. Es en esta línea donde aparece esta discusión en torno a qué significan los mecanismos de estigmatización y cómo funcionan, en términos de que excluyen a buena parte de estos sujetos, de los dispositivos sociales y asistenciales.

Otro de los temas fuertes que aparecen desde esta perspectiva, es la necesidad de asociar asistencia y prevención. Difícilmente podamos tener un discurso que escinda lo que proponemos como deseable desde lo preventivo, de lo deseable en lo asistencial. Hemos venido señalando estas contradicciones o paradojas que muchas veces observamos en los dispositivos sociales que trabajan con el tema drogas. Hay discursos preventivos que están contruidos justamente desde la necesidad de preservar los derechos de las personas, de trabajar con el protagonismo de las personas. Después nos sorprende en qué poca medida esto está contemplado, sostenido, trabajado, desde las propuestas asistenciales. Esta escisión la observamos en la forma como trabajamos en prevención: se supone que ahí trabajamos con la población sana, entonces, podemos tener una cierta actitud con estas personas, podemos reconocer que esa población debe ser protagonista de sus propios proyectos, de sus propias acciones, debe poder decidir qué hacer. Pero parecería que este discurso es difícil de sostener a la hora de trabajar en el plano de lo asistencial, probablemente porque ahí aparecen con fuerza estos mecanismos de rotulación. Porque ya no estamos trabajando con la población "sana" y entonces, a lo mejor, no es tan factible o deseable que escuchemos, que tengamos una escucha atenta a lo que esta población nos está señalando. Entonces, esta perspectiva de reducción de daños insiste fuertemente en la necesidad de tender puentes, de trabajar articuladamente estas dos dimensiones de la prevención y la asistencia.

Obviamente, en lo que veníamos hablando, aparece este tercer rasgo de la necesidad de luchar contra la exclusión social, el facilitar el acceso a los servicios desde la perspectiva, nuevamente, de los derechos, de que los servicios sociales, de salud, de todo tipo, estén al servicio (valga la redundancia) de la población, de los ciudadanos. Si le reconocemos a los consumidores de drogas este status de ciudadanos debemos ver cómo se les facilita el acceso a estos servicios. Si cada uno de nosotros piensa en sus experiencias cotidianas vemos de cuántas y de qué maneras sutiles a veces está dificultado el acceso a los servicios. Y no estoy hablando de la dificultad más grosera y evidente que se comparte con buena parte de la población - la dificultad respecto a la accesibilidad económica - sino al tipo de relaciones que suele establecerse entre equipos de salud y personas usuarias de drogas, que refuerzan a veces de manera casi caricaturesca el tipo de relación asimétrica que todos establecemos en calidad de pacientes con el saber médico.

A partir de aquí aparece otro eje clave para pensar el trabajo preventivo, que es la necesidad de cambiar las representaciones sociales estigmatizantes. Es en este plano donde nos surgen puntas concretas y claras respecto de las estrategias de trabajo. ¿Cuáles son estas representaciones sociales dominantes frente al usuario y frente al uso de drogas?: lo que antes señalaba Alberto: socialmente no se habla de las drogas, se habla de la droga; y esto es una representación social que tiene fuertes efectos. En tanto no podamos reconocer esas representaciones sociales y trabajarlas tendiendo a modificarlas, difícilmente podamos actuar sobre los

mecanismos de estigmatización que producen todas las dificultades que señalábamos antes.

Por último, uno de los temas fuertes que abordan también estos programas es la participación de los propios usuarios de drogas en la prevención. Participación planteada desde un lugar de protagonismo. Pero no desde el lugar del arrepentido que viene a dar testimonio, sino planteada desde el lugar del ciudadano que tiene derecho a exigir determinadas cosas. Es un tipo de participación cualitativamente distinto al que estamos acostumbrados. Y es reconocer, en ese saber particular, la necesidad de incorporar determinadas informaciones para el diseño de nuestras intervenciones preventivas. Sobre esto vamos a volver luego, a la luz de una experiencia concreta.

Todos estos planteos desde la perspectiva de reducción de daños generaron, en aquellos lugares donde se implementaron acciones, cambios substanciales en los servicios de atención. El primer cambio es el que deviene de lo que señalábamos como la jerarquización de objetivos; significa un cambio muy importante y muy difícil de transitar, que debe ser muy trabajado por un servicio, por un equipo, por una institución. Dejar de lado la idea de que la abstinencia es la única meta a ser perseguida. Por lo menos en nuestra experiencia concreta de equipo de trabajo significó un recorrido muy fuerte y también pelearnos con nuestras propias representaciones, el poder trabajar desde la idea de que la abstinencia no es la única meta que puede ser perseguida desde un programa preventivo, de intervención.

Otro de los cambios fundamentales que produce en los servicios esta perspectiva de trabajo es la necesidad de tornarlos más accesibles a las personas a quienes están destinados. Si antes veíamos la necesidad de mejorar la accesibilidad en general - porque parecería que quien tiene que rebuscárselas para que un servicio se le torne más accesible debe ser el usuario - desde la perspectiva de los derechos son los servicios quienes tienen que pensar en modificarse para tornarse más accesibles para aquellos que son sus destinatarios privilegiados. Esa mayor accesibilidad significó, en muchos de los programas que se han desarrollado en otros ámbitos, cambiar la localización de los servicios, pensar si el lugar físico donde funcionaban era el más adecuado, cambiar y flexibilizar horarios y garantizar la confidencialidad, algo que no sólo falta en relación con el tema drogas, también falta en otros servicios de salud; por lo menos nuestra experiencia de muchos años de trabajo en el hospital, habla de que la confidencialidad de las informaciones es algo de lo cual muchas veces nos olvidamos en los equipos de salud. Esto se liga a la idea de que el otro no es "un otro", es una cosa sobre la cual podemos hablar, decir, contar, informar sin pensar que tiene un derecho a la privacidad que estamos violando al no resguardar la confidencialidad de las informaciones.

Ligado a la accesibilidad está el tema de la difusión de los servicios que se brindan, y el hacerlo por medios no habituales. En esto aparece como muy fuerte el impacto que la participación de los propios usuarios de drogas dan. Los propios usuarios de drogas en muchos casos contribuyen con estrategias de difusión de los servicios mucho más efectivas que las estrategias tradicionales. Y la ampliación de la gama de servicios y alternativas: ya no solamente este centro puede ofrecer este tipo de actividades o programas, sino ampliar esta gama de acciones. Desde esta perspectiva, quisiéramos compartir con ustedes algunas experiencias concretas de trabajo en nuestro medio. Definimos tres líneas de acción, que van orientando distintos programas y nuestro trabajo. Las líneas de acción, fundamentalmente, se estructuran en base a estos tres ejes:

- Por un lado - y ligado muy específicamente a la reducción de riesgos de infección del VHI-SIDA y del virus de la hepatitis - todas aquellas acciones o

intervenciones tendientes a facilitar el acceso de la población que usa drogas por vía inyectable a material de inyección estéril (equipos de inyección no contaminados y a técnicas de esterilización de ese material).

- Una segunda línea tiende a facilitar el acceso a los cuidados, facilitar el acceso a los servicios, a una gama de servicios mucho más amplia y con muchas más alternativas de aquellas a las cuales tradicionalmente hemos estado acostumbrados.
- Y en tercer lugar la promoción de la participación de los usuarios de drogas en las acciones de prevención.

### **Lic. Diana Rossi:**

Vamos a relatarles experiencias concretas de trabajos que desarrollamos en una primera etapa en el Fondo de Ayuda Toxicológica y actualmente en la Asociación Intercambios. Estas experiencias se refieren a cómo, en Buenos Aires, pensamos intervenir desde esta perspectiva de la reducción de daños.

Diseñamos un programa de prevención del SIDA para consumidores de drogas cuyos objetivos fueron:

- informar a los consumidores acerca de las medidas de reducción de daños
- promover el cambio de actitudes y de comportamientos en relación al uso del condón y de jeringas descartables
- propiciar cambios en la opinión pública acerca de la conveniencia de distribuir condones y jeringas descartables como prevención para la transmisión del VIH
- promover el uso de servicios y estos programas entre otras organizaciones que ofrecen tratamientos a consumidores de drogas

Ustedes pueden ver tres niveles en el diseño de estos objetivos:

1) un primer nivel que está dirigido estrictamente a la población usuaria que no está necesariamente vinculada a las instituciones, ya sean éstas relacionadas con el tratamiento por el uso de drogas o las instituciones manicomiales, carcelarias, hospitalarias. Diversos ámbitos donde circulan los usuarios de drogas. Está pensado en los términos de los usuarios que no necesariamente llegan inmediatamente a un contacto con instituciones;

2) un segundo nivel de trabajo en estos objetivos tenía que ver con las representaciones sociales (a las que hacía alusión Graciela), de cómo se entiende, cómo se analiza, cómo se discute el fenómeno de las drogas y cómo se piensa la situación de los usuarios;

3) un tercer nivel era el desarrollo de un trabajo de intervención con aquellas instituciones que están en el campo de lo que se llaman procesos de recuperación o rehabilitación de usuarios de drogas.

Nos parecía que sin tomar todos estos ámbitos conjuntamente era muy difícil trabajar una perspectiva de esta naturaleza, que pretende modificar algunas cuestiones muy básicas que tienen que ver con la estigmatización social. Entonces, a partir de estos objetivos que diseñamos en un principio, fuimos desarrollando distintas acciones vinculadas con ellos.

En relación con propiciar cambios en la opinión pública, definimos trabajar fundamentalmente con los equipos de salud de los hospitales y centros de salud, no sólo de Bs. As. sino del interior también, con la llegada que podíamos tener desde ese pequeño programa. Porque les aclaro que estamos hablando de un programa que hicimos seis personas en el marco de todos estos años y sin muchos recursos; contamos en una primera etapa con financiación externa, pero luego no pudimos seguir contando con ella; trabajamos en otros ámbitos y desde ahí nos financiamos.

Para este objetivo en realidad lo que diseñamos fue una publicación que tendiera básicamente a informar sobre qué es lo que se está produciendo, qué es lo que se está haciendo en otros espacios sociales respecto de esta temática con esta orientación y cómo poder pensar de otro modo este problema, para generar una discusión.

Esa publicación estaba acompañada por una encuesta de opinión, que distribuimos en los distintos servicios para que contestaran aquellos que accedían a ellas. Lo contestaron por correo. Lamentablemente, como es habitual en estos casos, no es muy fácil recibir toda la información que uno espera por esta vía porque no hay posibilidad de contacto personal y no siempre se activa esta medida de responder por vía postal. De todos modos, de las respuestas que obtuvimos encontramos resultados muy interesantes, para analizar qué es lo que está pasando con este tipo de modalidad de trabajo en nuestro medio:

- El 90% se pronunció a favor de la introducción de programas de intercambios de jeringas, de programas de reducción de daños. Pero, de los que se pronunciaron a favor, el 70% consideró que no era posible desarrollarlo en la Argentina. Fíjense que interesante pensar esta contradicción, no sólo en el campo de las drogas; se podría pensar en tantos otros campos respecto de las intervenciones profesionales, sociales que hacemos. Nos preguntamos cómo, si se podía suscitar desde la comprensión racional una adhesión tan fuerte a lo que planteábamos, después, en la idea de operativizarlo, podía haber tanta distancia o precaución respecto de los obstáculos que se encuentran. Entonces, un tema fundamental era cómo intervenir en eso.
- Muchos asocian el tema de reducción de daños sólo al intercambio de jeringas, pero es bastante más que eso. Ciertamente es que el intercambio de jeringas se aplica en muchos de los programas que se están desarrollando en otras partes del mundo, y consiste en cambiar las jeringas usadas que emplea la persona por otras nuevas que están esterilizadas.

Volviendo a lo que decía antes: hay muchas corrientes, muchas opciones dentro de la concepción de la reducción de daños que involucran distintas acciones, muy diferentes, que no son sólo la de intercambio de jeringas. Nosotros no pensamos desde un primer momento que iba a ser posible inmediatamente en la ciudad de Bs. As. (que es donde trabajamos) generar el desarrollo de un programa de estas características, por distintas razones. En nuestro caso pensamos básicamente en función de lo que podía suceder con los usuarios de drogas, en términos de ser indicadores de su criminalización, el intervenir con ellos directamente, en sus espacios sociales de uso y consumo. Después, en todo caso, vamos a ver otra parte de este desarrollo.

Volviendo al tema de la encuesta. Trabajamos con estos datos y estos resultados, y después hicimos distintas acciones: reuniones, distribuir información, hacer llegar el material que viene de afuera y no está muy difundido porque en general está en otro idioma, y generar un espacio de debate fuerte con aquella población que trabaja en hospitales y en centros de salud que pudiéramos acceder. Una de las

actividades con las cuales trabajamos, como forma de prevención de la infección por el VIH, fueron los talleres educativos. ¿Por qué diseñamos estos talleres?, "¿cuáles eran nuestros supuestos?, ¿qué era lo que veíamos de nuestra propia experiencia de trabajo con el tema drogas que nos hizo pensar en la necesidad de esto? Veíamos que en la mayor parte de las organizaciones que atienden este tema desde hace tiempo - básicamente desde los años 80 que es el momento en que crece mucho la oferta en la Argentina de instituciones de esta naturaleza - había sido muy difícil incorporar la temática del VIH-SIDA y la temática de la sexualidad.

Sobre todo si hablamos de modalidades como las comunidades terapéuticas, la prohibición de la sexualidad es como un determinante constitutivo del ingreso a ese espacio institucional. En consecuencia observábamos que en muchos casos no se estaba trabajando por dificultades para articular coherentemente la temática de la sexualidad y por ende la de prevención del VIH-SIDA. En este caso era fundamental no sólo hablar de la cuestión del uso de drogas por vía endovenosa que era conocido y transitado, sino del otro aspecto que estaba ausente. Por eso pensamos que era necesario introducir esta discusión por vía de talleres educativos que hablaran de VIH-SIDA y que específicamente hablaran de la sexualidad. Por supuesto, esto lo hicimos acordándolo con los equipos.

De ninguna manera queríamos introducir una cuestión que generara conflicto al interior de la institución o conflictos con los tratamientos. Pero sí generar algún espacio al interior de los grupos de personas en tratamiento y al interior de los equipos, para debatir otra alternativa para pensar este fenómeno. Cuando íbamos con las propuestas, en muchos casos, la gente de los equipos decía: "nos resulta muy interesante, pero nosotros no podemos hacerlo". Realmente sabemos que cuando viene la etapa de la reinserción, que es cuando vuelven a salir de la comunidad, cuando vuelven a conseguir trabajo y a vivir fuera de la comunidad, hay prácticas como por ejemplo recurrir a saunas, tener interacción sexual con prostitutas y nosotros no podemos ni siquiera hablar de esto, ni recomendar el uso de condón, muchos de los chicos no saben usarlo y nunca lo emplearon. A partir de esta cuestión, constatamos que lo que traíamos como formulación inicial, en realidad era una problemática que no había podido ser abordada en muchos de los casos con los que trabajamos.

Trabajamos a lo largo de estos años en siete organizaciones, tanto gubernamentales como no gubernamentales. Queríamos trabajar en los dos ámbitos: en hospitales y en ámbitos no gubernamentales (ONG). Lo que fue muy interesante de esta experiencia, además de lo que ocurrió con los equipos, fue la interacción con los mismos grupos de usuarios. Pasaron muchísimas cosas: primero nosotros fuimos cambiando mucho, con el recorrer de los distintos grupos, las formas de trabajar la temática. Fuimos construyendo los talleres de distintos modos, según también las poblaciones muy diferentes que estaban en cada espacio institucional. Por ahí había ejes muy coincidentes y muy permanentes, como el de trabajar sobre el tema de la sexualidad. El trabajo en un taller específico consistía, en general, en ocho reuniones, una por semana, de una hora y media a dos horas en cada oportunidad, donde trabajábamos de a dos y coordinando la reunión. No era una condición que estuvieran sólo las personas en tratamiento, podían estar integrantes del equipo, pero les pedíamos que fueran observadores y que no coordinaran.

En cuanto a los contenidos, en principio trabajábamos siempre informaciones generales respecto de la temática del VIH-SIDA. Inicialmente queríamos saber qué era lo que sabían, para trabajar a partir de lo que ellos manejaban como información. Después empleábamos alguna técnica lúdica, hay una en especial que usamos casi siempre que se llama "el semáforo" y que trabaja con distintas

escenas dibujadas en cartoncitos, todas las posibilidades de transmisión o no del VIH. Ahí salían un montón de preguntas y se movilizaban un montón de intereses.

Después había un punto en el cual trabajábamos específicamente sobre sexualidad, había un taller dedicado al uso del condón donde trabajamos desde los nombres diferentes que le dan, la forma de usarlo, etc.. En general recurriamos también a las experiencias que ellos quisieran contar o relatar respecto del uso del condón. Y luego había una tercera parte que era el intercambio que nosotros hacíamos con los grupos; ofrecíamos esta información y este espacio de debate pero pedíamos algo a cambio siempre muy explícitamente desde el principio: la colaboración para el diseño de mensajes preventivos que podíamos usar en los espacios públicos con la intención (explícita en los primeros objetivos) de llegar directamente a aquellos que consumían drogas. Nosotros llevábamos algunos mensajes de distintas organizaciones, de distintos ámbitos, de distintos países incluso, para que ellos los analizaran; después les proponíamos que recurrieran a su memoria, que en muchos casos en la mayor parte de estos tratamientos está como truncada en un punto, porque es constituirse a partir de la abstinencia y no a partir de esa experiencia previa. Entonces, recurriamos a esa experiencia previa para que recreando esa situación de la calle, en la que estaban previamente, pensarán esta modalidad.

Lo que era muy interesante en todo ese proceso, era la actitud de los participantes. Al comienzo, cuando contábamos qué era lo que queríamos hacer y cuáles eran nuestros objetivos, normalmente recogíamos la idea de que "esto no se puede hacer, esto es imposible". Es cuando llegamos a la producción concreta de mensajes donde realmente había una conexión con ese punto de la historia que les permitía a ellos reciclarla y generar una perspectiva de trabajo concreta hacia afuera. Entonces allí aparecía la posibilidad y, en muchos casos, nos decían "qué bueno, qué copado si esto me hubiera pasado a mí cuando yo estaba en la calle, y estaba tan aislado y solo".

Mucho del contenido y de las formas de difusión fueron producto de lo que ellos nos sugirieron en función de esa experiencia. Les cuento una cosa que revisamos después, como parte del proceso de grupo: habíamos tomado la decisión de que no integrara el equipo ninguna persona que fuera ex usuaria de drogas o actual usuaria de drogas. ¿Por qué? En ese momento entendimos que trabajar desde esa perspectiva, en esta planificación que estábamos haciendo, podía ser riesgoso para esa persona en términos de lo que pasaba con su consumo concretamente. Pensábamos que, al no plantearse desde un ámbito institucional, podía generarle algún tipo de situación de riesgo en la calle con su propia historia de consumo.

Después revisamos mucho esta posición. Creemos que fue un error nuestro del inicio, sobre todo a partir de conocer otras experiencias en otros países. Graciela hablaba mucho de Europa y Estados Unidos, pero en América Latina el país que tiene más desarrollo en estas experiencias es Brasil y desde hace unos cuantos años, con cosas muy interesantes. Santos es la ciudad de América Latina con más alto índice de relación entre uso de drogas y transmisión del VIH.

Conocer a los actores de esa experiencia fue importante, en cuanto nos fue haciendo entender muchas cosas que tenían que ver con lo que decía Graciela: nuestros anclajes previos, de dónde partíamos. Porque nosotros también veníamos del abstencionismo y habíamos aprendido ahí todo el discurso y todas las acciones y nuestras intervenciones con los usuarios; entonces eso significó un recorrido. Es uno de los ejemplos de las cosas que nos dimos cuenta que estábamos errando y que debíamos modificar.

Los productos de los mensajes tuvieron un proceso. Nosotros trabajamos paralelamente con varios grupos y lo que hacíamos era, en la producción de cada

grupo, generar un proceso de intercambio con los otros. Consultábamos a otros grupos con distintas poblaciones sobre lo que habían producido cada uno y allí se iban construyendo los mensajes, después los procesábamos nosotros. Uno de los integrantes del equipo es diseñador gráfico y trabaja desde hace mucho con esta temática. Luego de procesarlos los volvíamos a los distintos grupos para terminar de consensuarlo antes de largarlo a la calle. Algunos mensajes que surgieron:

"Si consumís drogas, cuidate que no te consuma el SIDA",

"Loco, la gente careta no se hace cargo de nada",

"Cuidate del SIDA, no seas careta".

Este último fue un mensaje muy polémico y muy circulado por los distintos grupos porque se utilizó la jerga, el lenguaje habitual que se usa en la calle con el cual se identifican los usuarios, ellos saben quién es el careta y quién es el loco. Pero lo que había involucrado en este mensaje era reforzar esta disociación, y muchos de los otros grupos plantearon: "entonces, ¿qué es lo que le estás proponiendo?". Le estás proponiendo sé loco y no sólo estás diciendo que no comparta la jeringa.

Todo este debate fue muy interesante. Nosotros, en un principio, a esto no lo habíamos visto claramente, fueron los integrantes de otros grupos los que lo señalaron porque nosotros habíamos quedado fascinados con esta cosa del lenguaje y de la posibilidad de hacer un juego de palabras. Estamos hablando de usuarios de cocaína, en general es lo más significativo en este momento en Argentina en términos de uso de sustancias.

En general las formulaciones gráficas que ellos proponían eran usar graffitis. Ellos dicen: "cuando nosotros estamos locos una de las pocas cosas que podemos ver a nuestro alrededor es el graffiti, es el color, es la cosa, es el mensaje cortito que nos queda rebotando y después, por ahí, lo pensamos". Planteaban el graffiti o las calcomanías como modalidad de trabajo, mensajes cortos, breves, concretos y con colores.

"La gente careta no se hace cargo.

Loco hacete cargo, no compartas tu jeringa".

Fue variando el mismo mensaje en la discusión de los distintos grupos. Y, después de todo este proceso que le venimos contando, quedó finalmente un mensaje que fue traducido en un sticker y pintado. Lo que sacamos fue esa disociación entre "careta" y "loco" que generaba el afianzamiento de que ser loco es lo único que identifica y a partir de lo único con lo que se pueden identificar.

La "pintada" quisimos que fuera en un parque del centro de la ciudad de Buenos Aires, que elegimos como centro de trabajo principal porque estábamos trabajando en una institución muy cercana a ese ámbito y sabíamos que era un espacio donde se consumían drogas habitualmente. Usamos para hacer esta pintada un paredón del parque que aunque está un poco deteriorado, todavía está. Trabajamos con tres mensajes para ese proceso, dos que tenían que ver con el uso del condón y uno que tenía que ver con el uso de jeringas.

Tuvimos que buscar la forma de ver qué pasaba con estos mensajes. Nos preguntamos: "Bueno, todo muy lindo, nosotros creemos que este proceso que hicimos dio por resultado esto, con lo que estamos de acuerdo. Pero ¿qué le pasa a la gente que lo ve?." No era fácil pensar en encontrar directamente a los usuarios de droga que nos dijeran qué pasaba, entonces, decidimos hacer una encuesta entre jóvenes que circulaban por el parque. Lo único que buscamos era que fueran jóvenes menores de 30 años y que nos respondieran una serie de preguntas, un cuestionario breve. Lo hicimos durante 4 semanas en el parque Centenario que está en el centro geográfico de la ciudad de Buenos Aires, un parque muy grande donde desarrollamos la encuesta. Tenía varias preguntas, una de ellas era: ""te acordás de algún mensaje que hayas visto en el parque?" no le decíamos si tenía o no que ver con el tema SIDA o drogas. La segunda pregunta sí ya estaba focalizada en el tema SIDA. La tercera tenía que ver con si recordaban concretamente los mensajes. La cuarta: si les gustaba y qué les gustaba de los mensajes y diferenciábamos por forma, color, contenido o forma de distribución y demás. Otras preguntas eran: "qué no les gustaba de los mensajes?", "quién les parecía que los había producido, el Estado, una institución no gubernamental, un grupo de jóvenes?, y "para quiénes era el mensaje?. Después pedíamos algunos datos: sexo, edad, y era anónimo, por supuesto.

Hubo 215 encuestados en un período de un mes. Estos fueron los resultados:

- 58% de personas recordaba y reconocía los mensajes por haberlos visto previamente o cuando los mostrábamos, porque en ese momento estaba todo pegoteado el parque con las calcomanías que difundimos.
- Hubo una aceptación del mensaje de un 94%, básicamente fundada en el contenido y en el lenguaje.
- Cuando se preguntó por la procedencia del mismo, o sea, quién pensaban que lo había hecho, hubo un 35% que pensaban que había sido un grupo de jóvenes, es decir, identificaban la producción con alguien cercano a su edad, el 31% una institución privada y nadie había pensado que había sido producido por organismos estatales, por la Municipalidad o por el gobierno y, finalmente, en un 15% por personas afectadas de SIDA. Las campañas masivas no dan resultado.
- No necesariamente reconocían, las personas encuestadas, que estaba dirigido, focalizado, a personas que usaran drogas; algunos lo dijeron pero no fue mayoritario. Sí, por supuesto, encontraron la sensación clara con el tema del VIH. ¿Por qué digo esto de la focalización? Porque nosotros deliberadamente buscamos o estamos de acuerdo con aquellas formas de prevención focalizadas, que estén dirigidas a los grupos poblacionales con características de lenguaje, de relación semejantes entre sí. No creemos en cambio en las campañas masivas.

No creemos que sean efectivas, no sólo porque no lo creemos nosotros sino porque no se ha demostrado ya en varios años de campaña de prevención del VIH-SIDA en el mundo, que las campañas masivas tengan efecto, que sirvan realmente a los efectos preventivos. Esto de la focalización lo aclaro, porque tiene sentido en términos de buscar un lenguaje y un código que se refiera y que puedan tomar aquellos que están usando drogas fuera del espacio institucional.

Ahora estamos en un proceso. Una parte, la de los dos primeros objetivos, nos fue bastante difícil de implementar hasta ahora y es el acercamiento concreto y el trabajo de prevención directa y específica con los usuarios de droga que están en la calle. Entonces diseñamos, a partir de la experiencia de otros ámbitos, un proyecto

de investigación con una modalidad propia de la antropología, que consiste en insertarse en los grupos sociales directamente, con el propósito de obtener información precisa acerca de patrones y circunstancias de uso, un estudio detallado de las prácticas de riesgo, la búsqueda de nuevas variables y la contextualización del uso en relación con el estilo de vida del usuario y sus relaciones sociales. "Por qué pensamos en algo así?: Está claro que nuestra decisión no era trabajar desde la institución misma sino en el ámbito donde se nuclean las personas que consumen drogas. Pero tuvimos un error: pensar que bastaba sólo con circular en el ámbito con nuestros mensajes, sólo con la presencia constante en el parque de los que denominamos "operadores de calle". Entonces vimos que la sola presencia sin intermediarios hacía muy difícil el contacto, por eso tuvimos que buscar una forma de mediación. Y ésta era a través de lo que vimos que en otros países se hacía - en Brasil por ejemplo se realizó una investigación de este tipo - y que además nos diera elementos para saber exactamente qué es lo que está pasando con las prácticas. Porque, mucho de lo que decía Graciela, de cómo se construyen las representaciones, no se hace a partir de lo que son las prácticas de uso de drogas sino a partir de lo que se supone, de lo que se dice, de lo que se plantea desde otros ámbitos. Entonces esto teníamos que estudiarlo, conocerlo, pero por boca de quienes realmente lo están haciendo, en un ámbito no institucionalizado, en aquella población a la que hay que dirigir más fuertemente una campaña preventiva. Por eso hicimos este diseño.

Además, creemos que a partir de este diseño y de este trabajo, vamos a tener muchas posibilidades de armar redes. Porque con la metodología con que estamos trabajando, tenemos la idea de que cada persona que entrevistamos o que nos contactamos nos irá conectando con otras y así sucesivamente, para generar un trabajo de inserción por esa vía. No es fácil trabajar desde esta perspectiva si uno no es parte de ese grupo; eso no lo podemos fabricar. Y analizamos que una de las dificultades principales que tuvimos fue, justamente, ese hecho de no pertenecer. Por eso, lo que al principio visualizábamos como una forma de proteger al otro, de no ponerlo en situación de riesgo, en realidad fue un obstáculo para este desarrollo que pretendimos y que hoy estamos tratando de mejorar a partir de este diseño. Para terminar, pensamos que debe partirse desde una cierta posición ética y profesional frente a la temática del uso de drogas y del SIDA. El criterio jurídico-moral nos sitúa ante tácticas estigmatizantes que excluyen a quienes son señalados como culpables de diseminar el mal. Los usuarios de drogas son, hoy, calificados así y especialmente en países como el nuestro donde la cifra está creciendo significativamente. Y el criterio de reducción del daño permite mejorar las condiciones de vida tanto en los programas de personas que consumen drogas como de las personas que viven con el VIH, afirmando su calidad de ciudadanos cuyos derechos deben ser asegurados. Digamos que nuestro marco principal de trabajo está signado por esta concepción que parte de reconocer los derechos humanos y desde ahí me parece que podemos pensar en una alternativa que varíe las intervenciones habituales que efectuamos. Gracias.

### **Patricia Simon:**

Gracias Diana. Vamos entonces a abrir un espacio para preguntas e intervenciones de los participantes.

### **Dra. Casas:**

Soy pediatra y trabajo desde hace 12 años en un barrio periférico de la ciudad de Rosario con muy escasos recursos. Varias de las preguntas que hizo el doctor al comienzo me movieron mucho y me quedaron grabadas: ¿qué es lo que quiero cambiar?, ¿qué es lo que nos hace querer cambiar?, ¿por qué "no a la droga"?, ¿por

qué la gente necesita la droga?, ¿por qué pasa el tiempo y no se hace nada con el analfabetismo de los padres? "la desnutrición es aceptada por quienes tienen chicos desnutridos?, "hay resignación a la situación en la que viven?, "se acepta la corrupción a nivel nacional? Es decir, el tema de crear horizontes dentro de ese medio pasa a ser una prioridad que moviliza mucho y no deja descansar, más allá de tener o no tener el remedio para curar la angina o el sobre para la diarrea. Yo he estado pensando en el último tiempo que mi tarea tenía que ser más solidaria y comprometer a los maestros de las escuelas primarias. O sea, todo mi primer tiempo de trabajo lo destiné a trabajar con los padres y no me ha dado resultado, no he visto cambios, y en este último tiempo he estado pensando en la necesidad de acercarnos a los chicos, dándoles nuevas posibilidades o que ellos descubran nuevos horizontes y que los vayan creando. "Cómo puedo, conociendo esa realidad, ofrecer nuevos horizontes a gente que vive en estado de desesperación? Mi horizonte es distinto del de ellos. "Qué diagnóstico puedo hacer de la situación con los medios que tengo, que es tan diferente al diagnóstico de situación que viven ellos?

No sé que les parece a ustedes, pero para mí la tarea fundamental está destinada a trabajar con las generaciones nuevas, a escucharlos, a sembrar algunas inquietudes para que surja lo que tenga que surgir en el 2005. Toda esta última exposición me parece excelente, estos criterios, este trabajo. Creo que no hay que quedarse de brazos cruzados, pero quienes trabajamos en ambientes de desesperación cotidianamente no sabemos cuál es la punta del hilo, por dónde comenzar. La desnutrición, los basurales, la desocupación, el robo, la droga, el SIDA: "qué hacemos frente a esto?

### **Dr. Alberto Calabrese:**

Es la cara oscura de la Luna y, por otra parte, la que está golpeando cada vez más la realidad del país. Cuando yo venía para acá, estaba leyendo que en una población de Neuquén explotó una especie de sublevación social a partir del hecho que no se confirmó la instalación de una planta de fertilizantes. El odio que le dio a la gente porque están viviendo de los subsidios y las jubilaciones, que es lo mismo que nada. Ya tendríamos que hablar de respuestas macro de toda una población que, además, entendiera lo que le está pasando, cosa que hasta este momento todavía está dissociada, o sea, la mayoría de la gente sufre esto y gasta tiempo en la queja pero no en la protesta organizada.

Yo diría que para hacer muy simple la respuesta, y desde ya con mucha humildad, porque dar receta a quien está en la trinchera desde un lugar tan difícil y con tan pocas perspectivas, sería soberbio de mi parte. Yo haría lo que he tenido que hacer muchas veces en mi vida, trabajando en cosas parecidas. Creo que quien está en un estado de indefensión social tan grave, el hecho de poder constituirse, por ejemplo, para cosas tan mínimas como organizar un lugar que haga de ámbito comunitario o que entiendan el hecho de que hervir el agua tiene una intervención precisa para el cuidado de su salud y su futuro, ya es algo. Que lo entiendan a lo mejor los más chicos porque los padres, como ha sido dicho, ya no lo puedan entender por estar sumidos, aplastados o esclavizados por la realidad. Entonces uno tiene que hacer apuestas chicas que son constitutivas porque, justamente, para poder prevenirnos en la adicción tenemos que estar constituidos frente a algo. En este caso, el constituirse frente a algo, es el hecho de poder tener una respuesta siquiera mínima, por ejemplo con respecto a beber agua hervida, algo tan simple como eso, o poder organizarse para hacer un zanjeo que permita evacuar aguas servidas.

Buscar soluciones mínimas, en un sitio tan falto de horizontes

constituye un horizonte "No tienen nada pero un televisor, sí !!! Si no lo tuvieran ¿qué sería de sus vidas?

Ese tipo de soluciones mínimas en un sitio tan falto de horizontes constituye un horizonte. El hecho de tener una canilla colectiva, para la mayoría de nosotros no es pensable, porque tenemos varias canillas en la casa, pero para quien tiene que acarrear agua de un sitio donde además está contaminada o servida, el hecho de tener agua potable, y tenerla como producto de una acción social, es constitutivo de su posibilidad de establecer un horizonte por mínimo que sea. Sobre eso entonces sí se pueden montar perspectivas de ese barrio o de esa zona para, entre otras cosas, prevenir el uso indebido de drogas que en muchos casos, como me fue descrito por la doctora en el intervalo, ese lugar está lleno de recipientes de "Poxirran". Casi sería un milagro que no existieran esos recipientes, porque hay realidades que son tan dramáticas que la única forma de salirse de ellas es evadiéndose de alguna manera,. De ahí el alcoholismo, clásico en todas las zonas sumergidas; o la otra escapatoria, que la tenemos todos y que cuando se rasga las vestiduras cierta burguesía dice: "no tienen nada pero un televisor sí", si no lo tuvieran "¿qué sería de sus vidas, no?. Si todo el mundo se evade con la televisión no les podemos prescribir a quienes están más sumidos que no lo puedan hacer a través de ella. Es lo que yo propongo, simplemente poder constituirse con poca gente, la que se quiera prestar a respuestas mínimas que puedan empezar a establecer una reparación, un horizonte reparatorio.

¿No es interesante empezar a trabajar con los chicos en la escuela primaria?

### **Dr. Alberto Calabrese:**

Desde luego hay más posibilidades. Los chicos tienen más perspectivas de alguna salida y de hecho constituyen salida. Por ejemplo, una observación social real: el aumento de la criminalidad en los sectores sumergidos o medios desplazados es una respuesta absurda, tal vez desde la perspectiva clásica, pero es una respuesta al fin, ante la falta de perspectivas. "Por lo menos voy a surgir por izquierda": es una respuesta generalmente establecida desde los más jóvenes. Entonces, saliéndonos de esa perspectiva que no nos complace, desde los jóvenes se puede establecer algún tipo de respuesta. Respuestas, por pequeñas que sean, que establezcan ciertos lazos de solidaridad, de cosas diferentes, las que fueren: a través del juego, del deporte, de trabajos en común, de medidas sanitarias o de salud personales, pero que se puedan establecer en pequeños grupos en la perspectiva de la educación primaria, que es la única que está visible allí y, a lo mejor, la única que siguen para toda su vida. Es un paso, no es el ideal pero siempre es mejor que nada.

### **Elena Rolón:**

Soy trabajadora social en un centro de salud. Yo quisiera saber si de alguna manera ustedes tienen alguna opinión formada con respecto a lo que es la despenalización sobre el consumo de drogas y/o descriminalización. Porque dentro de lo que ustedes planteaban: reducción del daño que es una política no previsionista, como lo llaman en algunos países del primer mundo como Estados Unidos o algunos países de América Latina. También algunos sociólogos, economistas, abogados penalistas se plantean la despenalización relacionada con la política de reducción del daño. Quisiera saber si tienen alguna opinión formada, si están de acuerdo o no, pero teniendo en cuenta la visión geopolítica que significa la despenalización del consumo, teniendo en cuenta los derechos individuales, los derechos humanos, la situación del mercado que la había planteado el licenciado también. O sea una visión más macro que micro.

## **Lic. Graciela Touse:**

Un primer comentario es que si bien es cierto que hay una fuerte articulación entre la perspectiva de reducción de daños y las corrientes despenalizadoras y liberadoras, no necesariamente implican lo mismo. No necesariamente una estrategia de reducción de daños sostiene, en el marco de las políticas de control de drogas, la despenalización. Sí, es claro que hay fuertes articulaciones en este sentido. Si ustedes siguieron algunos de los postulados principales y este énfasis puesto en atender a los efectos secundarios del uso de drogas y reducir los mecanismos de exclusión social y segregación social, obviamente una de las fuentes principales de estos efectos secundarios y de estos mecanismos segregadores y estigmatizadores de los usuarios de drogas los constituyen (entendemos nosotros y compartimos esta lectura con muchas personas que lo plantean desde aquí) legislaciones penales de tipo prohibicionista como la que actualmente nos rige.

En la aplicación de la legislación actual en nuestro país, a pesar de una primera lectura ingenua, la progresividad de esta legislación, podría tener un efecto en función del reconocimiento de medidas alternativas a la prisión: medidas curativas, medidas educativas, en el caso de que la tenencia sea para uso personal. Esto aparentemente nos estaría hablando de una legislación más blanda, por decirlo de alguna manera. Sin embargo, nosotros encontramos que este marco jurídico da lugar a situaciones de clara inequidad respecto de como son tratadas otras situaciones caratuladas como delito. Tomo un ejemplo muy puntual y concreto, que es el caso de la suspensión de las garantías de una persona que está bajo la ley de drogas, a la cual se le aplica, por ejemplo, una medida de seguridad curativa. Es decir: una persona es detenida, se la procesa por tenencia de drogas, se entiende que esa tenencia no es para traficar sino que es para su propio consumo, se determina que esa persona es, como dice la ley, un enfermo dependiente y por lo tanto, en vez de mandarlo a la cárcel, se le aplica lo que la ley llama la medida de seguridad curativa. Se le indica que realice un tratamiento que, no necesariamente en todos los casos pero sí en la mayoría, implica una internación, un seguimiento judicial de ese tratamiento, implica que esa persona está bajo la égida judicial y que no puede decidir sobre sí como cualquiera de nosotros que no está bajo algún tipo de proceso. La ley dice que esta persona puede estar hasta 2 años en tratamiento y si luego de esos años se evalúa que esa persona no se ha recuperado porque no colaboró en su recuperación, el juez puede decidir aplicarle la condena, es decir, mandarlo a la cárcel por el tiempo que le corresponde por ese delito.

Ahora, la misma ley dice que la pena máxima que a esa persona le corresponde por ese delito es de 2 años, quiere decir que en el caso anterior, esta persona, puede llegar a estar con sus libertades restringidas por un período mayor que el que la misma ley estipula para ese delito. Es uno de los ejemplos y nos parece que es una de las situaciones en las cuales esta regulación de las sustancias está operando como un marco de no respeto de los derechos de las personas, que favorece prácticas fuertemente estigmatizadoras sobre esta población.

Los cambios en la legislación deben ser regionales y no restringidos a un solo país. Desde este análisis queda claro que, en mi caso personal e institucional, consideramos que la situación de políticas de control respecto del tema drogas, debería ser revisada. Obviamente no desde una perspectiva ingenua y lineal como decir: "tendría que cambiarse la legislación, tendría que despenalizarse". Lo mejor sería una política liberalizadora porque de la ley seca para acá se ha visto y se ha comprobado que el prohibicionismo no modifica y más bien trae efectos contraproducentes. Pero esto, a esta altura de la globalización es imposible que sea tomado desde un único país. Esto forma parte, debería formar parte y de hecho está formando parte de la agenda. No en vano estamos asistiendo, quizás en

nuestro país más tímidamente, a un reverdecimiento del debate respecto de este tema, debate que después del 89, con la aprobación de la ley que actualmente nos rige, parecía haber terminado. Parecía que no había más qué discutir. Sin embargo, tenuemente estamos empezando a ver cómo este tema vuelve a ponerse sobre el tapete y a nivel internacional se está profundizando esta discusión. Esto nos lleva a la necesidad de una toma de posición que no puede ser exclusiva desde un ámbito.

Cierro con una última idea. Surge a partir de lo que la doctora había señalado antes, desde el lado de nuestras intervenciones, las intervenciones de los profesionales, de los equipos. Y hay algo que quizás es obvio, pero para mí fue muy clarificador: la semana pasada, en la Universidad en Buenos Aires, tuvimos un encuentro breve con una persona muy reconocida en nuestro ámbito que es el brasilero José Paulo Neto. En un análisis muy pesimista de la situación actual en este fin de siglo, él marcaba la necesidad de articular tres ámbitos muy claros en las intervenciones profesionales, es decir tres tipos de saberes. Creo que son, de alguna manera, de éstos que estamos hablando y de los que pretendimos dar cuenta en este breve recorrido por la experiencia: articular el saber teórico con el saber técnico y el saber político. En nuestras intervenciones, si falta alguna de estas patas van a estar rengas. Creo que esto tiene un contenido político muy fuerte.

### **Dra. Diana Rossi:**

Yo quisiera agregar a lo que dice Graciela, subscribiéndolo por supuesto, un dato muy interesante, si uno mira este fenómeno desde las políticas sociales. Es decir, que otro punto de vista consiste en mirarlo no sólo desde el campo de lo jurídico, sino desde la política social. En Argentina, como en otros países del mundo, viene creciendo la población carcelaria, especialmente en los últimos diez años. El 50% de esa población está presa por causas vinculadas con el uso de drogas, con la tenencia o su uso. Este no es un dato aleatorio, si uno lo piensa desde las circunstancias que estamos transitando en el país y también internacionalmente, del retiro del Estado de las obligaciones respecto de la salud y la educación y del diseño de políticas que abarquen al conjunto de la población. Estamos pensando que los únicos espacios institucionales que nunca pueden decir que no, son la cárcel y el manicomio. Lo que tenemos es que correlativamente a un deterioro de las políticas públicas y las políticas sociales, va a haber un aumento creciente de las políticas represivas. Y en este caso, del fenómeno del SIDA y las drogas, vemos que es altamente rápido ese crecimiento, es verdaderamente veloz. Entonces, en ese sentido, todo aquello que favorezca el desarrollo de políticas represivas nos parece que, por supuesto, genera mayor estigmatización social, mayor exclusión, e incapacidad e imposibilidad de resolver cualquiera de estos fenómenos que estamos analizando.

### **Dr. Alberto Calabrese:**

Yo quería completar esto. Desde luego que estoy muy de acuerdo con lo que acaba de ser expuesto; las dos intervenciones hacen a lo que uno suscribe en este tema. Pero quiero agregar sobre la cuestión de la penalización y despenalización. Es evidente que falta un paso en la Argentina, que suele no darse porque acá se obra más por arranques de tipo afectivo que después son suscritos por la gente. En eso, el legislador - como se suele llamar en abstracto a quien hace la ley - suele tratar de percibir, justamente, cuál es el tono, el calor que tiene la población acerca de un tema y larga la ley en consonancia con eso. Es evidente que esta ley que tenemos hoy, está puesta desde un lugar de protección jurídica sobre el espectro social en tanto y en cuanto se visualiza al problema de las drogas, usuario, traficante y todo

lo que está alrededor de esto como lo más peligroso, cosa que ya dije: ante lo más peligroso hay que hacer leyes acordes con esto.

En la Argentina faltan debates

Lo que hemos estado esquivando es la cuestión del debate, o sea, en la Argentina hay pocos debates sobre las cosas. En general, abruptamente podemos pasar a la despenalización sin haberla debatido. Es utópico esto, pero sería incluso peligroso, en la medida que algo se toma con un arranque de tipo irracional, como una respuesta emotiva. Por parte de la gente, cada vez que aparece una acción estrambótica de parte de una persona que comete un acto delictivo o una actitud violenta, como una persona que atropella gente en una parada de colectivo y mata a 3 o 4 personas "seguro que estaba drogado", y el tipo que mató a la novia con las 113 puñaladas "seguramente estaba drogado". Les puedo asegurar que en la lectura de los anales de Medicina Legal del país yo recuerdo varios hechos similares, de hace 70 años atrás y no fueron clasificados por una cuestión drogas, simplemente los trataban de clasificar dentro de una estructura psiquiátrica. Esto quiere decir que el supuesto es que si algo es muy grave, viene por el lado de las drogas. Si tuviéramos despenalizado el sistema, seguramente lo que primero que pediría la gente, en un caso similar, es que cuelguen al drogadicto en cuestión porque estamos frente a una indefensión.

Entonces, lo que falta acá es abrir la perspectiva del debate desde un sentido político, tema que fue mencionado hoy por Graciela. Porque, justamente, lo que no ha hecho hasta ahora el poder político es suscribir leyes a partir de un debate y esto falta porque entonces la gente no entiende cosas. No entiende, como por ejemplo, esto que ha sido descrito por Graciela y Diana de la reducción del daño. Parece hasta marciano en la República Argentina porque, justamente, con todos los defectos que ha tenido Estados Unidos en cuanto a la política preventiva, que ha sido lamentable, sin embargo el hecho de haber habido una medicalización de las respuestas, por ejemplo, en el caso de la sustitución, permitió ahora que los dispensarios puedan aplicar la resolución de Naciones Unidas del intercambio de jeringas, sino no hubiera sido posible; en la Argentina, directamente, sería un delito. Fíjense la diferencia que hay entre un tema trabajado - por lo menos sobre el que hay una opinión más o menos establecida, o una cierta cotidianeidad, una vista en la calle de las cosas - y otro que parece caído del cielo, aunque sea lo más lógico del mundo. Porque en la mayoría de los casos, aunque el usuario que lo padece puede ser que lo vea como una necesidad, para la gente sería un horror: "¿qué es esto de darles jeringas?", "es como alimentarlos en el vicio..." en fin, todo este tipo de cosas. Justamente, porque no ha habido debate, porque no ha habido pasos previos. Creo que, como respuesta a esta propuesta macro, tendríamos que fomentar los debates que hagan que la gente empiece a incorporar el tema y no verlo como una perspectiva de lo fantástico o lo peligroso, sino que lo vea con otras perspectivas humanas.

Nosotras trabajamos en la comunidad Toba de Rosario, y ésta no quedó libre de las drogas. Refiriéndome a lo que hablaban acá, el Estado no se hace cargo de nada. Los maestros en la comunidad, aparte de ser maestros, somos asistentes sociales, hablamos con los padres sobre lo que tienen que hacer en determinadas situaciones, desde decirles qué colectivo se tienen que tomar hasta el hospital, con quiénes tienen que hablar en caso de algún accidente, qué es lo que tienen que hacer. La cuestión de la prevención se podría trabajar desde la escuela pero las maestras estamos solas. Los maestros luchamos por muchas cosas: desde lo que nos pagan, desde las propias enfermedades profesionales que no son reconocidas por el Estado ni por nadie, y también tenemos que luchar y pasamos horas escribiendo cartas a miles de entidades para que traten de solucionar otros

problemas, desde el calzado, medias para los chicos, muchos no van a la escuela porque están descalzos. Lo que yo les quería decir es que necesitaríamos más gente como ustedes trabajando en determinados lugares. Yo soy maestra de la comunidad Toba y trabajo también en otra escuela, a la que ellos llamarían, una escuela de blancos. Allí también, a pesar de ser una escuela de una "sociedad de blancos", los maestros tenemos que estar luchando y pidiendo asistencia social desde médicos, odontólogos; ocurre todo lo que se puedan imaginar: chicos golpeados de los que nadie se hace cargo, el maestro solo tiene que ir hasta Tribunales, hablar con uno y con otro. Entonces, mi reflexión era que el Estado debería hacerse cargo de algunas cosas.

Acuerdo con lo que ustedes habían dicho y recién me puse a pensar que si yo hiciera una reunión de padres, por ejemplo, y les diría esta cuestión de intercambio de jeringas, sería acusada de propiciar la droga en la escuela o en el barrio. Por eso acuerdo con lo que se decía acerca de propiciar el debate de estas cuestiones, para que la gente deje de lado prejuicios referidos a este tema. Los felicito por lo que están haciendo y espero que mucha gente tome el ejemplo y se sume a esta tarea. Gracias.

### **Dra. Graciela Touse:**

Quería decir algo muy breve en relación a estos reclamos al Estado. Es real que faltan muchas cosas, pero nosotros en estos momentos estamos en una política de apertura con todas las instituciones para que se pueda trabajar de otra manera con la comunidad, con esos sectores marginados, para que ellos puedan convertirse en verdaderos actores de la prevención y en verdaderos ciudadanos en esta cuestión de poder transmitir esto que hoy se hablaba, sobre valores solidarios y otros valores que se han ido perdiendo. Esta sería una punta: tratar que sea la misma comunidad la que accione y protagonice estas acciones, no quedarnos en pedir permanentemente al Estado. El Estado da en la medida que va pudiendo, y con limitaciones, pero creo que podemos perfilar una política apuntando a una articulación con la comunidad.

Yo quería preguntarle al licenciado Calabrese. En su exposición se refería a que las adicciones existieron desde siempre y que no importaba el medio; en un tiempo fue el alcohol, en otro tiempo hablaba de las drogas obtenidas de las plantaciones o de la elaboración casera. ¿Por qué cuando hablamos de las medidas de prevención a adicciones o de adicciones, nos referimos solamente a las drogas y su relación con el HIV?, "por qué no tratamos el tema adicción en general y no dirigido a un sólo caso en particular, que sería la adicción a drogas?

### **Lic. Alberto Calabrese:**

La razón está dada en el sentido de la pertenencia. Lo que pasa es que todas las adicciones también tienen, por así decirlo, un sustrato de economía en la conducta humana, en el sentido de sostener otras cosas que a lo mejor no se podrían sostener. Por ejemplo: la moda de ser flacos permite ahora está cada vez más parecida a la tipología de la bulimia y la anorexia, pero a la vez permite sostener esa visión de la sociedad que puede comer, como idealmente flaca. El hecho de bajar el tenor de ansiedades permite el uso medicamentoso de ansiolíticos o el alcohol como mediatizador social. La adicción al trabajo, que es vista como saludable y benéfica aunque se lleve por delante un montón de otras cosas. Por ejemplo, un hombre destruye a todo su entorno familiar en función de su motivación laboral. Pero estas adicciones incorporadas, se pueden permitir en la

medida que hay alguna no incorporada de la cual se puede hablar en forma de exclusión. Es como decir hay juegos buenos y hay juegos malos o juegos peligrosos y no peligrosos, cada tanto aparece esto: "hay que prohibir el Box porque es peligroso, es mortal", pero resulta que hay una cantidad de gente que se mata en carreras de automóviles, haciendo esquí, o saltando a caballo o cualquier cosa por el estilo, que son conductas de riesgo, pero que no son vistas como tales en la medida que hay algo que sí pueda ser visto como especialmente peligroso. Esto es casi un juego de la naturaleza humana, que en este momento se juega con determinadas sustancias prohibidas, hasta que sea sustituido con otro juego. Lo que pasa que en ese sentido tendríamos que luchar contra parte de nuestra naturaleza, que se permite este juego de inclusión-exclusión, cuyos objetos permanentemente van dando vueltas y se autoinvierten. Ello sirve para que en un momento dado lo que se puede incluir sirva para excluir otras cosas y lo que puede excluir sirva para afirmarse en la inclusión. Porque en la medida que se puede poner hay algo afuera de sí, que yo no hago - y esto me da una pertenencia a un grupo, me permite sentirme bueno, generoso, altruista - y el otro que lo hace, estará excluido por malo, negro, oscuro.

Para hacer este juego, que permite que uno se libere de la carga de su falibilidad humana, tiene que haber otro que cargue con esta falibilidad, que sea realmente el chivo emisario. Para eso, cada tanto, se inventa una categoría nueva. Pasa que hoy, la adicción se ha corrido tanto hacia todo el espectro, que cada vez cuesta más ubicarlo netamente en la categoría de exclusión. De continuar en aumento el fenómeno, creo que con el tiempo (tal vez una década) probablemente sea sustituido por otra cuestión que sirva más claramente para este juego de la exclusión-inclusión.

Lo del HIV-SIDA tampoco funcionó como para ser la categoría del excluido, porque rápidamente se saltó de las 4 haches, que hablaba Graciela, para incluir otra cantidad de gente que se contagió de otras formas. Y ahora resulta que la forma más usual como tendencia predominante, por lo menos en Europa, aparece la heterosexualidad, que era una de las formas no sospechadas. Entonces esto hace que el juego de exclusión-inclusión se diluya; ya no puede aparecer un tipo como la nueva derecha conservadora americana que diga que es un castigo del cielo porque a cualquiera que habla del castigo se le puede caer encima. Entonces, ese juego deja de serlo. Esto es muy característico del ser humano: inventar cosas que le sirvan para estar adentro e inventar otras para echar afuera a otros iguales a sí, que tienen que marcar la semejanza para decir que son diferentes.

### **Norma Romero:**

Soy de la "Asociación Bienestar". Me pareció muy productivo ese análisis que hizo como valor de mercancía de la droga y como posibilidad de alguien de entrar a un sistema y me parece que no es sin consecuencia para las intervenciones en terreno en el tema de la prevención. Es decir, hay quien usa el comercio de la droga como un modo de ganarse un lugar y un nombre. Entonces me vuelve esa pregunta: "prevenir de qué? Prevenir a alguien que quiere entrar a un sistema, ¿de qué? Creo que se produce como una paradoja y quería preguntarles a ustedes, en sus estrategias de prevención, "cómo han pensado este tema de que "la droga" es un modo de entrar al sistema y que tiene un valor de mercancía, de uso y de cambio?

### **Lic. Alberto Calabrese:**

Yo de alguna manera ya lo había anunciado. Cuando uno da lugares de pertenencia, no quiere decir que ese lugar de pertenencia sea efectivamente mejor que la otra pertenencia. Por ejemplo, yo no sé qué profesión tiene usted, no importa, pero seguramente con ella no va a ganar tanta plata como si hiciera minitráfico; sin embargo, hace su trabajo, lo hace a pesar de la limitación, porque hay un sentido ético que la sostiene y una proyección social que la alimenta. Yo creo que hay opciones que se van creando aunque no sean cuantitativamente mejores que otras, son cualitativamente mejores. El tema es la opción, sino todos seríamos criminales. No habría competencia. De hecho hay algunos que eligen un determinado camino y otros que soportamos otros aunque tienen muchas más limitaciones en un sentido. Esta misma pertenencia con sentido es la que me permite elegir sobre eso. Ahora, por algo también cité esa conceptualización de Naciones Unidas, en el sentido de que había que evitar que esto se convirtiera en un medio de vida porque después era muy difícil de ser erradicado. Porque, justamente, cuando hay un montón de gente que empieza a vivir de eso y no tiene otra alternativa, entonces lo empieza a elegir como algo que realmente le interesa, vale la pena y no lo deja de costado. Más allá de eso, sabemos que frente a cualquier opción va a haber gente que, aunque tenga todo a favor, va a optar por lo que sea contrario al buen sentido (llamémosle por el lado del absurdo) porque le va a convenir más de alguna forma. Yo creo que la prevención, en definitiva, se hace por un sentido que es constitutivo: es el hecho de para qué estoy en el mundo y por qué me muevo en él. Y en ese sentido, por ese sentido, puedo llegar a elegir cosas que incluso no me puedan traer tanto beneficio económico de incorporación, pero sin embargo, me permiten vivir con una altura determinada como persona. Es eso lo que tenemos que ayudar a redescubrir.

En el transcurso de la experiencia que comentaron, plantearon el tema del trabajo con distintos equipos dentro de las instituciones. Me gustaría saber algo sobre lo que ustedes plantean como una perspectiva diferente, que no es el modelo que se sostiene en la generalidad de las instituciones. ¿Pudieron hacer algún trabajo dentro de los equipos de las instituciones a donde realizaron la experiencia?.

### **Lic. Graciela Touse:**

Sí, nosotros intentamos distintas estrategias para el trabajo con los equipos de salud y, fundamentalmente, aquellos equipos que trabajan con el tema drogas. Yo insisto con esto porque nos parece un sector estratégico. Es estratégico, por un lado, porque con sus prácticas muchas veces vulnera los derechos de los usuarios de drogas. Porque colabora fuertemente a crear determinado tipo de representaciones sociales. Y porque es un sector de relativamente fácil acceso para nosotros porque son nuestros colegas, somos nosotros. Es mucho más fácil que a mí me llamen de un centro de salud para decirme: "Podés venir que nos pasó esto, queremos charlarlo, a ver que les parece...", a que me llame un juez para decirme lo mismo, a lo mejor si fuera abogado me pasaría al revés.

Una de las estrategias fue ésta: a partir del trabajo con las personas que estaban en tratamiento, por un lado establecer alianzas con los equipos respecto de qué tipo de encuadre de trabajo nos íbamos a dar, cómo planteábamos y sosteníamos esto de sostener discusiones, cuáles iban a ser los ejes a trabajar, para no entrar en contradicción con cuestiones que estaban siendo trabajadas desde los tratamientos. Con algunos equipos nos fue mejor que con otros, pero surgieron cuestiones que para nosotros fueron buenos indicadores, fundamentalmente en el plano de generar interrogantes que antes no estaban. Algunos ejemplos: En ciertos grupos, algunos de los participantes eran personas que estaban viviendo con HIV,

además de que estaban en tratamiento por rehabilitación por drogas; muchas de las cuestiones que aparecieron tenían que ver con tomas de decisiones, surgiendo preguntas como: "estoy en la etapa de reinserción, conocí una chica, soy HIV positivo y no sé si decirle o no porque tengo miedo que si le digo huya despavorida; por otro lado si no le digo que me siento mal, ¿qué hago?".

A partir del trabajo en los talleres, en algunos casos se pudo lograr abrir preguntas donde antes había intervenciones ya predeterminadas. Por ejemplo: encontramos muchos equipos que ante esta situación tenían respuestas predeterminadas: "si vos sos HIV positivo, tenés que decirle previamente esta situación a una persona con la que iniciás una relación". Cuando empieza a trabajar, uno encuentra que está anclado en muchas cuestiones. Pero lo más fuerte es que esto estaba tan naturalizado en los equipos que nunca nadie se había detenido a preguntar por qué ocurría. O el hecho de que toda persona que viene a pedir un tratamiento hay que indicarle el análisis de detección del HIV. Nadie le había preguntado por qué o para qué. No es que pensemos que esto no hay que hacerlo sino simplemente, problematizarlo: ¿sirve?, ¿no sirve?, ¿por qué si y por qué no?, "qué le pasa a la persona?", "qué hacemos si quiere, qué hacemos si no quiere?". En esta cuestión, de poder pasar de situaciones naturalizadas a problematizadas, fue en lo que más pudimos avanzar con los equipos, con diferencias, pero nos pareció que avanzar en ese sentido era un punto muy importante.

### **Lic. Diana Rossi:**

Y una experiencia que tuvimos, cerrando una etapa de trabajo con esas instituciones que mencionamos, fue una en la que dudamos un montón antes de realizarla, y que después, nos resultó sumamente satisfactoria. Era la idea de que, para el día mundial del SIDA, como estábamos trabajando con el fenómeno asociado, generar un encuentro entre todas esas organizaciones, convocando a las personas que habían participado en los talleres y a los equipos, conjuntamente, para trabajar el tema. No desde la reflexión intelectual sino desde técnicas lúdicas, buscando como objetivo principal la interacción, el reconocimiento del otro, el reconocimiento de situaciones semejantes.

Esto partía, también, de que muchas de estas organizaciones, suelen encerrarse sobre sí mismas y eso no favorece el proceso posterior de trabajo en lo social, de la persona que estuvo internada en ese período. Teníamos dudas, lo preparamos con muchísimo tiempo. Pensamos mucho en qué técnicas usar, cómo se sentirán, qué grado de participación tendrían. Teníamos prejuicios inmensos; además suponíamos que "la gente de los equipos no va a venir, o si viene va a querer coordinar y va a desarmar". Realmente los prejuicios nos superan a todos y cuando uno hace una cosa que no practicó antes, muchas veces, las situaciones temidas son las que aparecen con más fuerza.

A partir de las técnicas que empleamos, la gente se logró relajar, desdramatizar, cambiar de lugar un fenómeno que está tan asociado al dolor y a la muerte e incluirlo como más cercano, para pensar en las formas de trabajar con él, y en todo caso incluir comportamientos o actitudes que favorezcan ese sentido de lo vital en lugar de esa asociación con el deterioro y la muerte. Fue un cierre muy interesante, aunque un cierre parcial, porque no consideramos que haya concluido la cosa. Y nos dio la pauta de que nuestro trabajo no había generado irrupciones tales como para impedir la concurrencia de los equipos y de los participantes, ni aún el intercambio entre ellos. Y esto era lo que buscábamos.

## Adicciones en el ámbito escolar

El CePa dependiente de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario ha organizado este Curso que cuenta con el auspicio del Ministerio de Educación de la Provincia de Santa Fe en el marco de las actividades de prevención que desarrolla el Programa. Es significativo y a la vez satisfactorio poder contar hoy con más de cien inscriptos.

Este curso surge como consecuencia del malestar que nos transmite la comunidad docente frente a la aparición del tema adicciones, junto a otros como violencia, marginalidad, discriminación en el contexto escolar.

La convocatoria, se pensó, en consecuencia para que éste sea un espacio donde se puedan escuchar los decires de "otros" ( Especialistas ? ) . Respecto de esto que ustedes viven y confrontan en lo cotidiano de su labor, pero donde también se pueda hacer lugar a la palabra.

La práctica docente los enfrenta a distintas preguntas. La propuesta del CePA, tiene que ver con que se den cita a través de estas jornadas, docentes y profesionales de distintas disciplinas, que entrecruzan el campo problemático de las adicciones, para profundizar y desarrollar diferentes discursos, en relación a la complejidad de las adicciones.

Es muy probable que no encuentren "recetas", pero sí preguntas con las cuales podremos, este es nuestro deseo, continuar trabajando, en la idea de ir construyendo verdaderas redes entre la escuela y el ámbito de la Salud Pública, permitiéndose un compromiso mayor frente al abordaje del tema.

Se transcriben las conferencias y debates sostenidos durante las seis jornadas, desarrolladas en Rosario, 31/5/97 al 5/7/97. En la mayoría de los casos se trata de grabaciones magnetofónicas que han sido transcritas; en el caso del Dr. Piola nos hizo llegar una colaboración escrita en donde resume los datos de su intervención, fundamentalmente una valoración estadística del problema en centros asistenciales de nuestra ciudad.

CePA

Dr. Miguel Angel Capiello (Subsecretario de Salud Pública)

Quiero darles a ustedes las gracias, en nombre del Secretario de Salud Pública y de quienes componemos su equipo de trabajo por la presencia de todos ustedes en la iniciación de este curso. Hace alrededor de un año, desde la Secretaría de Salud Pública dábamos a conocer los ejes de la gestión. Esos ejes que tienen fundamentalmente plasmado un nuevo modelo de atención en Salud. Sus pilares fundamentales son la solidaridad y la participación comunitaria. Participación del vecino, del ciudadano para ser co-gestor de esta gestión en Salud, para controlar nuestras acciones en Salud.

Hoy, esa comunidad, está representada en ustedes: los docentes. Docentes que entendemos en un rol de ciudadanía, docentes que entendemos en una ciudad educadora, en una ciudad que sea capaz, a través de sus instituciones, de promover y de actuar en la prevención, y en este caso en la prevención de las adicciones. Este cambio que queremos operar en la Salud Pública municipal de Rosario no puede pensarse desde la soledad; debe ser pensando desde lo interinstitucional, desde lo interdisciplinario, desde lo multidisciplinario y desde lo intersectorial. En el caso de Salud, el rol de la escuela es la que permite abordar la problemática de las prevenciones. En el caso de Salud, en la escuela podemos

hablar y podemos ser escuchados. Debemos asumir los conflictos que existen en la escuela, no esconder los problemas. Todo lo que está pasando en la ciudad de Rosario, debemos sacarlo a la luz y a través del entendimiento de esos conflictos, poder realizar un aprendizaje.

La convocatoria que hoy hacemos a ustedes, los docentes, como en otros lugares hemos hecho a los vecinos, es encontrarnos en estos espacios desde lo multidisciplinario, desde lo intersectorial. Con nuestras diferencias y con nuestras propias coincidencias, para poder impulsar proyectos que nos permitan vivir en una ciudad libre de drogas. La sociedad atraviesa una profunda crisis moral, donde la corrupción y la drogadicción son moneda corriente. Las adicciones comienzan a edades más tempranas; ya hay estudios que dicen que empieza a los 11 años, donde comienzan directamente las adicciones con la cocaína, ya no con los cigarrillos o la zarparrilla como hace algunos años; donde la demanda jamás va a ser satisfecha por la oferta que hagan de las drogas en la ciudad. Es por eso que los convocamos, los convocamos a todos ustedes, a toda la ciudadanía para poder enfrentar este fenómeno en conjunto. Porque estamos convencidos que otra ciudad y otro país son posibles de vivir. Muchas gracias.

# Lo Macro y lo Micro

Lic. Mónica Bifarello

Prof. Marcelo Mainini

Lic. Patricia Tobin (CePA) (coordinadora)

## ***Políticas de Prevención***

Lic. Mónica Bifarello<sup>3</sup>

Quando se me propuso pensar algunas cuestiones sobre políticas de prevención o, dicho de otra manera, cómo incorporar componentes preventivos en las políticas sociales, en este caso en particular las políticas de Salud, les confieso que se me presentaron más interrogantes que respuestas. Entonces me pareció interesante traer esos interrogantes para que los compartiéramos o los discutiéramos.

En general la materia misma de las políticas sociales es una materia controvertida, hay muchas preguntas que nos hacemos en relación a si estas políticas sirven, cuál es la tendencia, hacia dónde van, cómo influye el contexto, cuál es el límite de la provisión de los servicios sociales ¿es para todos o para algunos?, cuál es la naturaleza de esas políticas, en qué nos basamos para entender que tiene que existir un sistema extendido de protección social, ¿nos basamos en la solidaridad?, ¿nos basamos en la protección de los riesgos?. Y hay otras preguntas que tienen que ver con los métodos: ¿cómo hacemos políticas sociales? O: ¿cómo hacemos políticas sociales para que no produzcan más perjuicios que beneficios? Si las primeras tenían que ver con la naturaleza, con la filosofía, con los supuestos que están debajo de las políticas sociales, éstas son del terreno operativo. Muchas veces, y a esto lo vemos bien los que estamos en contacto con comunidades, ciertas "bajadas" de políticas sociales producen perjuicios o dejan planteadas en la comunidad ciertas demandas que después son difíciles de resolver. Me parece que en ese punto es donde aparece el problema de la adicción, en el terreno de los cómo. Cómo hacemos políticas sociales que sean beneficiosas para la población. Ç

Yo parto de algunos supuestos. Cuando pienso en políticas sociales, estoy pensando en general en políticas amplias que van dirigidas a diferentes sectores sociales; con sectores sociales estoy pensando en Salud, en Educación, en vivienda, pero también aclaro que en general la tendencia actual de la política social es correrse hacia los excluidos. Casi pareciera que el signo de los tiempos de la política social actual es la asistencia, inclusive es la asistencialización de ciertas políticas que en otros momentos no eran asistenciales, por ejemplo la Educación. Esto me parece importante aclararlo, también me parece importante aclarar que yo considero que la única forma de hacer políticas sociales inclusivas, el único agente capaz de generar políticas sociales que tiendan a la inclusión es el Estado. Esto sin dejar de lado la posibilidad de numerosísimas organizaciones de la sociedad civil de incorporarse en ese sistema de políticas sociales. Pero cuando pienso en el diseño de políticas, estoy pensando en el diseño de políticas desde el Estado.

---

<sup>3</sup> Cientista política, docente de la Facultad de Ciencia Política, investigadora.

Una de las cosas que me aparecía en este tema es la idea de que no es nuevo esto de la prevención. No es una cuestión novedosa. Hace muchos años, por lo menos desde el tiempo en que yo estoy trabajando en políticas sociales, que se dice que incluir componentes preventivos en la Política Social es beneficioso. Y probablemente todos acordemos con esto, no hay mayor discusión, la prevención puede aumentar la eficacia de las políticas sociales, pero a la vez creo que acá aparece una contradicción: pensar por qué si ya hay programas con componentes preventivos, no se mejoró globalmente la eficacia de las políticas sociales. Digo globalmente porque yo creo que acá, y después lo podemos discutir, hay como dos puntas: lo que se trabaja en lo micro, en el terreno pequeño, cotidiano, donde ustedes docentes, trabajadores sociales, podrán notar rápidamente los cambios. Es muy diferente llevar adelante programas preventivos a sustentar programas absolutamente asistenciales, con provisión de servicios y nada más. Pero por qué esto no se refleja en el sistema global de políticas sociales.

Esto me lleva a pensar en las limitaciones de la prevención. Los beneficios de la prevención probablemente los conozcamos o probablemente estemos más de acuerdo. Pero yo les cuento cuáles me parecen, a mi criterio, que son las limitaciones.

Primero hay un problema estructural, cuando estamos trabajando con sujetos excluidos. Estoy pensando en políticas dirigidas a situaciones de pobreza, sin desconocer que no siempre la prevención va dirigida a los sectores excluidos, porque hay campañas de comunicación que llegan a todo el mundo. Cuando digo excluidos estoy pensando no solamente en aquellos absolutamente desafiados que quedaron afuera del mercado de trabajo o que de alguna manera carecen de recursos materiales y de recursos simbólicos, sino que estoy pensando también que hay un montón de situaciones que aunque estén incluidos en el mercado de trabajo, esa inclusión no alcanza, hay subempleo en el caso del mercado de trabajo, hay trabajo por debajo del horario que se quiere trabajar, hay trabajo por debajo del sueldo que se pretende ganar o que es necesario ganar para mantener las necesidades básicas. En este sentido estoy pensando la exclusión.

Entonces ahí aparece el tema estructural, ¡qué difícil es hacer prevención cuando el dato de la realidad me muestra que estoy trabajando con la exclusión!. La exclusión va en contra de la prevención, porque en realidad la gran obra preventiva sería incluir. No tendríamos que estar reparando las consecuencias de una política de exclusión, si la política económica se dedicara a incluir. Eso sería lo preventivo. ¿Por qué estoy pensando en esto? Porque en realidad yo digo que el trabajo es preventivo, que el poder tener vacaciones es preventivo, que el poder tener recreación y deporte es preventivo. Entonces partimos de la base de que las poblaciones excluidas, a las que supuestamente ustedes dirigen la acción de los programas sociales, están privadas de esas cuestiones que son de por sí preventivas.

Otro problema de la exclusión es que las personas que sufren la exclusión o inclusión deforme, se transforman en desertores de los espacios preventivos. Esta es una idea que toman Minujin y Kessler, en su libro "La nueva pobreza en Argentina" y me parece bastante interesante a tener en cuenta. Otro problema al que se enfrentan los operadores comunitarios es que el espacio preventivo aparece como secundario, entonces es lo primero que se baja. En el caso de la Salud, por ejemplo, se cubre lo básico. La prevención pareciera que es secundaria. Entonces hay que luchar contra esta tendencia que tienen los sujetos excluidos a desertar de los espacios preventivos. Con esto digo que el problema estructural es que se necesita algún grado mínimo de integración social para ser beneficiario de la prevención. Esa sería una de las hipótesis que yo tiro para esta idea del problema estructural. El problema estructural es un dato de la realidad, pero tenemos que

tener en cuenta que algún mínimo grado de integración social necesito para que la persona pueda hacerse cargo de esa idea de prevención.

Otra naturaleza de problemas está en relación al orden operativo: ¿cómo hacemos los programas preventivos? A mí me da la impresión de que cuando pensamos en la prevención, la prevención queda en la oferta, es decir: diseñamos el programa con un componente de prevención y lo largamos, ya está. Estoy pensando en los niveles que tienen a su cargo el diseño de las políticas. ¿Por qué digo que este es un problema operativo? Porque más que preocuparnos el cómo, qué técnicas, qué manera usar para incluir componentes preventivos en el diseño de los programas, deberíamos preocuparnos un poco más por saber cómo hacer para que la gente se apropie del contenido de la prevención. No solamente una oferta, ¿qué pasa con la demanda de la gente?, ¿qué pasa desde el problema de la gente?, o ¿qué pasa con la percepción de la gente?. Ése es uno de los problemas que yo veo en el nivel de operacionalización de las políticas.

Otro problema que también está en este nivel es el recorte del tema: yo voy a prevenir un síntoma, prevengo la adicción, prevengo la enfermedad. Un tema absolutamente recortado que pareciera que no tiene nada que ver con otras causas estructurales. Una idea que circula mucho por los programas sociales es esta prevención absolutamente acotada, específica, por eso me parece mucho más superador -y esto también aparece en muchos programas- la idea de que la prevención tiene que pasar por una prevención más general, que no se acote exclusivamente al tema de lo aparente para empezar a integrar las causas porque sino tenemos por un lado el tema estructural y por el otro lado un diseño de políticas que no responde a ese problema estructural.

Otro orden de problemas creo que está en los propios operadores comunitarios. Hay prejuicios morales. Es decir ¿cómo hacer prevención sin intentar estigmatizar y prevenirnos nosotros de la gente a la que va dirigida el programa?, ¿cómo pensar con criterios de universalismo moral para no hacer categorías: "éste es rescatable", "éste es dejado pero se ocupa", "éste es integrado"? Esto me parece a mí que es otro de los conflictos o los límites que aparece a la hora de hacer prevención y que corre el riesgo de estigmatizar a las poblaciones. ¿Cómo voy a dirigir un programa de prevención cuando tengo ciertos prejuicios respecto de la población a quien dirijo el programa?.

Otro problema de los operadores sociales, es la falta de conocimientos de las percepciones de las personas a las que van dirigidos los programas preventivos. Escuchar pero para darles las palabras, no solamente escuchar qué piensan sino tratar de poder escuchar para que eso produzca un ida y vuelta en los programas. Tratar desde el terreno realimentar esos programas preventivos para que sirvan a la población, creo que nos vamos a asombrar de cuánto saben las poblaciones respecto de cómo prevenir los problemas.

Esto es lo que a mí me parecía como limitaciones de la prevención. Entonces ¿qué ideas se nos ocurren para avanzar un poquito en esta discusión?. Creo que aunque parezca contradictorio - porque la prevención aparece muchas veces como lo contrario de la cura - creo que la prevención debe partir de una reparación.

Siempre pensando en esas poblaciones que han sufrido un daño. Entonces, digo, si no podemos resolver la causa estructural, como docentes, trabajadores sociales, sí es importante que lo tengamos en cuenta como dato. Si no podemos resolver eso por lo menos tener en cuenta cómo podemos hacer para reparar esas capacidades que han sido dañadas en estos sujetos, que son capacidades no sólo económicas sino socioculturales, capacidades de la cabeza, la posibilidad de generar proyectos con una relativa tranquilidad. Me parece que una de las primeras ideas podría ser

partir de una acción de reparación, de reparación de los daños que han sufrido estos sujetos. Esto se da en el terreno cotidiano. A mí me preocupa cómo ligar este terreno cotidiano con la globalidad de las políticas, cómo hacer que de una vez por todas el esfuerzo grande que hacen los operadores comunitarios, que es evidente y nadie lo puede negar, se pueda traducir o transformar en una mejora real del sistema de políticas sociales. Cómo dar vuelta la cosa y en vez de que lo público se produzca exclusivamente desde el Estado o desde los niveles de diseño de las políticas, cómo hacer nosotros para que reparando ese hábitat social de las personas producir también lo público, es decir producir-junto-con.

Me parece importante. Aunque a lo mejor ustedes me acusen de pensar particularmente en los programas de tipo asistencial. Puede ser que esté dejando de lado algunas otras acciones preventivas que pasen por otro lado, pero cuando estoy pensando el trabajo con la comunidades, creo que habría que discutir o tener en cuenta el potencial preventivo que tiene la construcción de proyectos con la gente, proyectos de vida. En esto de la exclusión yo creo que una cosa importante es la tema de la desafiliación. Hay muchos autores que muestran que uno de los problemas de la pobreza, de los problemas de la exclusión es la vulnerabilidad. Esa sensación de riesgo que se produce no solamente porque materialmente no están en condiciones, sino porque la pobreza, la exclusión, incluyendo por supuesto la exclusión del mercado de trabajo, empieza a generar en la gente esa sensación de que está desenganchada. Las redes de relaciones sociales se empiezan a quebrar.

Me parece importante tenerlo en cuenta para la prevención: ¿cómo reconstruir esas redes de relaciones sociales? Hay muchas discusiones respecto de esto. No está cerrada la cuestión. Hay muchos que dicen que como la red de relaciones sociales laborales ya no es más la estructuradora, hay que correrse hacia otros espacios; otros dirán que no, que el trabajo sigue siendo en el imaginario de la gente el que estructura relaciones sociales y que debemos pensar de nuevo en cómo volver estructurar a través del trabajo productivo. Las respuestas pueden ser diversas pero lo importante es tener en cuenta, más allá de la información, más allá de la educación como una gran declamación, la posibilidad de construir con la gente proyectos de vida. Esto tiene un potencial preventivo.

Para esto me parece que una cosa importante, que cambiaría respecto al sistema tradicional de políticas sociales, es personalizar más las relaciones. Las políticas sociales tradicionales se basaron en relaciones instrumentales, es decir, había una gran burocracia dedicada a producir servicios sociales con una relación muy profesionalizada entre el que brindaba el servicio y el que lo recibía. Pareciera que es necesario, para reconstruir estas redes de relaciones interpersonales, basar las nuevas políticas sociales en relaciones de confianza. En las relaciones interpersonales hay más compromiso afectivo, hay más compromiso social. Para eso -y en ese sentido creo que la escuela lo tiene de alguna manera resuelto- me parece que es importante contar con estructuras de larga duración. Ahí estoy pensando en los programas sociales que muchas veces empiezan, terminan, no tienen continuidad, entonces es muy difícil generar compromiso afectivo con la gente. Por eso digo que la escuela empieza a ser una institución tan importante en la estructuración de redes comunitarias o de redes sociales. Cuando se plantea el enfoque de prevención en redes, la escuela, como institución barrial, como institución comunitaria, es tenida en cuenta, sobre todo habiéndose perdido en parte el trabajo como eje de las relaciones. La escuela es la institución que puede permitir la articulación de las relaciones de toda la familia y del todo barrio.

Entonces: pensar en estructuras de larga duración. Éstas eran las cosas que quería decirles. No son novedades, pero pueden aportar a esta idea de cómo hacemos; no solamente que sea fructífero y productivo el trabajo pequeño, que creo que lo es, sino que cómo hacemos para que eso se traduzca en una mejora en el sistema

general de políticas sociales. Por eso yo digo que no sé si hay políticas de prevención. Yo digo que es una exigencia que el componente de prevención esté presente en todas las políticas.

## ***La Salud de los Docentes***

Prof. Marcelo Mainini

Querría comenzar con unas frases que he tomado al pasar de varios lados: "los docentes, qué querés que te diga, para mí son vigilantes", "no sé, pueden ser como otros padres, ¿no?", "a mí me gusta hablar de coordinador, no de docente". Estas frases que podrían haber sido dichas por muchos y distintos actores, dejan ver algunas de las imágenes que atraviesan a los docentes. Imágenes que podríamos entender, como decía Adorno, como sedimentación colectiva de representaciones que, de un modo u otro, van configurando la práctica de los docentes, convirtiéndose en elementos reales. Yo creo que no se puede hablar del tema de la salud en los docentes sin poder trabajar con estas representaciones, creo que es fundamental.

Cuando hablamos de la salud de los docentes, y a mí me parece más apropiado hablar de distintas relaciones en estos procesos de llamamos salud, estos conceptos nos plantea una traba que es unificar o tratar de unificar estas cuestiones de la salud. Desde esta idea sería más apropiado de hablar de factores que posibilitan el malestar o el bienestar de los docentes y no separar estos procesos porque entiendo que si uno separa estos procesos quita la posibilidad de trabajar, por ejemplo, con los aprendizajes que plantean el malestar. Hoy no dudaríamos en reconocer que nos encontramos con un fuerte estado de malestar en los docentes, que podríamos representar como un creciente sentimiento de impotencia.

Entonces, volviendo a las imágenes, podemos entender que sean quizás ellas las que condicionan fuertemente posibilidades e imposibilidades de la tarea docente y el mayor malestar o bienestar, la mayor o menor satisfacción que encontramos en esa tarea. Por eso el valor de rastrear estas representaciones que hablan del lugar social de los docentes en un proceso histórico. Y hablo aquí de lugar como un espacio simbólico que nos acerca a la idea de identidad, de voces que se encarnan como mandatos. Acá surgen algunas preguntas porque, al igual que decía Mónica, lo más importante en un tiempo como el que vivimos es tratar de formularnos preguntas: ¿qué se esperaba y qué se espera del docente respecto a su rol social?, ¿con qué situación nos encontramos hoy que no deje de ver lo específico de esta profesión?, ¿cómo opera la distancia entre el deber ser y lo que hoy es posible?. De allí la importancia de recuperar y apropiarse de estas imágenes y voces desde las que otros soñaron a los docentes y desde las que otros sueñan a los docentes.

En este rastreo, es interesante partir de una aclaración. Yo voy a tomar tres instancias históricas y voy a pecar de simplificación. Si hay algunos historiadores perdonen, pero voy a tratar de tomar algunas líneas fundamentales que creo están presentes en estas representaciones de la tarea docente, sin dejar de ver que hay muchos colores, que hay claroscuros y que hay lucha, que ninguna de estas cuestiones hegemónicas han sido tan fácilmente impuestas. La primer imagen que yo veo fuertemente arraigada en este lugar docente es la imagen del educador normalista, aquel que desde el ideario sarmientino "debía recibir una educación especial que ha de habilitarle para desempeñar su elevada misión" (esto es textual de esa época), "como instituto de la mente y de la conciencia del pueblo" o esta frase: "será un modelo vivo destinado a ser propaganda con el ejemplo". Allí se

habla de apóstoles del saber, de aquel saber que se unificaba como saber y de ese saber civilizatorio que no podía permitir matices y desde el cual se intentaba normalizar a la sociedad. Esto en su aspecto extremo puede leerse como borrar diferencias. Yo creo que hay que contextualizar esto y decir que se estaba pensando en el acceso del país a la situación de sociedad industrial, la formación del Estado moderno, la gran masa inmigratoria y todo este ideario de la generación del '80 donde tenemos un principal representante que es Sarmiento.

Quiero de algún modo dejar de en claro la grandeza intelectual de este político y estadista que es Sarmiento. Por supuesto que también marco diferencias ideológicas importantes, pero creo que hay que mirarlo, no desde el dogmatismo, sino permitiéndonos otras lecturas. Creo que la grandeza intelectual de Sarmiento está puesta en pensar no sólo las grandes líneas políticas de este sueño y proyecto de esta generación, sino también en poder unir esto a las cuestiones más de micropolítica y las cuestiones que por ejemplo hablan de la distribución del espacio.

Leyendo a Sarmiento he descubierto -porque nosotros hemos sido críticos antes de leer a Sarmiento- que este brillante intelectual hasta estudiaba la altura de los bancos y ventanas y cómo se ordenaban los bancos. Porque este saber que tenía que unificar y homogeneizar a la sociedad entonces el maestro estaba al frente, se transmitía un saber único y que no podía ser cuestionado, se establecía también el orden de los bancos, el guardapolvo como cierta idea de justicia, pero también borrando diferencias. Todo esto fue estudiado no sólo en estas grandes líneas políticas, sino también en las cuestiones de los microespacios. Yo creo que como proyecto es brillante en ese sentido. Y la idea de construir fundamentalmente una nación. Fuerte proyecto político que también generó un fuerte peso en esta imagen del docente, que seguramente por más que han pasado años y hay muchos cambios, esta imagen esté pesando en los hombros del docente y resonando algunas voces. Pero ¿de qué está hecho este lugar apostólico, ese fuerte sueño de otros que actúa como fuerte mandato que casi no admite grietas? ¿Adónde van a parar las dudas, los miedos, la imposibilidad de asumir un lugar casi no humano?.

Yo querría citar aquí a Adorno cuando nos recuerda que el docente no puede ser el ideal de hombre que de él pretenden y que asumir su carácter humano probablemente lo liberaría de una parte significativa de sus tensiones. Pero estas voces aún retumban y retornan.

El debilitamiento de este modelo, pasando a otra situación y a otra etapa, la combinación del permanente autoritarismo de nuestra sociedad y el ingreso paulatino de ideas principalmente europeas de crítica a la educación entendida como instrucción que marcaba fuertemente este otro proyecto. Los aportes de la psicología fundamentalmente fueron desdibujando este lugar, pensemos en la crisis respecto al tema de la autoridad y la disciplina, y en casos extremos nos llevaron a visualizar a ese ser antes idolatrado en ejecutor no sólo de programas sino a veces también en ejecutor de alumnos. Se exigió que el docente se corriera, que esperara, que abandonara el lugar de saber, desapareciera, fuera un ente evanescente que espera saber de sus alumnos, que no conduce ni direcciona, ni transmite. En este sentido creo que puede ser un buen espectador o a lo sumo alguien más en ese proceso. Yo querría referirme a una de las imágenes que nos da una de las frases iniciales "actualmente cuesta decir docente". Me pregunto ¿acaso estos modelos pudieron pensar un nuevo lugar para los docentes o simplemente desplazaron el problema?

En una tercera etapa yo planteo lo siguiente: un lugar docente hecho de todas estas imágenes y voces, algunas fundantes, otras surgidas de trágicos procesos políticos, de teorías y modas importadas acríticamente y donde siempre encontramos el autoritarismo, la búsqueda de ideas totalizantes, el

fundamentalismo, el rechazo de las diferencias, la falta de diálogo de modelos, de lo viejo y de lo nuevo. Este docente parece que hoy escuchara todas estas voces y tal vez no escucha ninguna. Esto plantea una fuerte crisis de identidad que alimenta el malestar docente. La sociedad en general, salvo en algunos momentos muy parciales de solidaridad, encuentra en él una buena posibilidad de descargar frustraciones. Decía un profesor: "si todo va bien los padres piensan que sus hijos son buenos estudiantes, pero si va mal piensan que los profesores somos malos enseñantes". Entonces se les pide a los docentes que recuperen la disciplina, que tengan diálogo, que se impongan, que se actualicen, que den el ejemplo, que permitan, que no permitan, que sean comprensivos, que enseñen a obedecer, que olviden tantas vacaciones, que sean autoridad, que "él no es nadie para ..." , que sirvan, que sean padres, que sean psicólogos, que contengan, que prevengan, que hagan, que no hagan nada, que vean TV así aprenden, que prohíban la televisión, que jueguen con sus alumnos, que se reconviertan, que evalúen la solidaridad y le pongan una nota. Y entre tantas voces los docentes se quedan sin voz.

Es como podemos pensar, tomando una teoría que me parece muy interesante para que podamos abrir muchas ideas actualmente, en el medio del desconcierto. Me refiero a la teoría de los lugares y los no lugares. Se plantea esta cuestión en relación a esto que veíamos del lugar como un espacio identitario, que tiene señales propias; él habla del no-lugar y que actualmente la sociedad está tendiendo a relaciones establecidas desde esta idea de no-lugar: "espacio de tránsito, más anónimo, individual y solitario, y paradójicamente de mayor libertad". Hoy la realidad ha estallado y es difícil encontrar recetas: Recetas como ideas de seguridades, muchas veces hay que hacer "como si". Creo que los docentes, que transitamos un montón de instituciones, sabemos y podemos reconocer más esta cuestión del no-lugar y podemos reconocer también ciertos viejos rituales que todavía intentamos convencernos de que creemos en ellos y que hacemos como si: los docentes hacemos como si, los alumnos hacen como si, todos hacemos como si en este sentido. Está la sensación permanente de que los viejos controles pueden fallar en cualquier momento y ahí puede aparecer la violencia y puede aparecer hasta el docente golpeado. Entonces me pregunto, en todo este panorama ¿hoy qué sostiene la tarea de los docentes? Navegan entre la anomia de las instituciones, el descrédito de alumnos y padres que dicen "háganse cargo ustedes", las exigencias sin apoyo de ministerios y técnicos. Hay que cambiar. ¿Qué podemos hacer ante esto? No hay recetas pero necesitamos orientaciones y un principio de esperanza. Quería recordar cuando un gran maestro, Ovide Menin, dice que los técnicos de la educación tendríamos que callarnos por varios años para ver qué se produce. Me parece una idea muy interesante, pero algunas cositas podríamos decir también.

Acá surge la idea de trabajar al malestar como posibilidad de aprendizaje. Hay que construir estas posibilidades; esto no admite ninguna idea de receta. Creo que tampoco admite pensar al docente sólo como agente transmisor, creo que el docente tiene que ser productor, recuperar su poder para producir él orientaciones en relación a la salud y a su propia salud.

Algunas ideas. La posibilidad de transitar entre lugares y no-lugares, porque si bien sin algunas señas identitarias y seguridades no se puede, también hoy no se puede negar el tránsito, la incertidumbre. Hoy ya no ayudan modelos tan acabados, pero uno puede. Quiero volver a esta cuestión fundamental, es importante recuperar la idea de que uno puede y que en medio de todo esto que navega, tan incierto y tan anómico, uno puede establecer pactos en los pequeños lugares. Y es necesario que vayamos pensando en esta cuestión de cómo sostenemos estos lugares que transitamos; a veces desde estos pequeños pactos de convivencia que nos salvan y que nos permiten el encuentro.

Otra cuestión: el tema de la creatividad. Pero no como un slogan o una frase mágica, es la posibilidad de romper esas lógicas de encierro, desde las cuales no hay cambios posibles. Yo creo que si la escuela se piensa dentro de esta lógica de encierro, no tiene solución a un montón de cuestiones que se le plantean hoy en día. Y los problemas de chicos y jóvenes, y los problemas de los docentes también a veces dentro de esa lógica de encierro no encuentran solución. Y para esto sirve la creatividad: para salir de esa lógica.

Esto lo sufre la sociedad en general y el docente. Y acá hay que romper compartimentos y barreras. La creatividad es una actitud de vida, que nos lleva a no cerrarnos y a interactuar con múltiples sentidos desde una reflexión en la acción, jugar este aquí y ahora. La aceptación también de cierta cuota de impotencia y la búsqueda de apoyo en pares, en equipos, en redes. No es que no pueda hacerse nada, respecto por ejemplo de algún problema en relación a la droga; pero la complejidad de este problema hace que yo no lo pueda resolver sólo.

El saber es hoy, más que respuestas estables, la construcción de buenas preguntas, del aprender a aprender; necesitamos seguridades pero también aprender a relacionarnos con la inseguridad creciente. Pensarse y pensarnos, hay que rescatar el espacio para que podamos llevar adelante ideas acerca de nuestra propia salud. Compartir momentos para trabajar los conflictos que están amenazando nuestra propia salud y desde la cual sino no podemos llevar adelante nada. Sin la salud del docente no se puede pensar otras saludes. Espacios para hablar de nuestros miedos, dudas, imposibilidades, hartazgos, compartirlos porque en ellos también hay oportunidades y la posibilidad también de reírse de sí mismos que a veces la perdemos.

Quiero terminar con la idea de que, si bien es importante que podamos apropiarnos de todos estos otros sueños que nos fueron incorporando, creo que también tenemos que sumar nuestros propios sueños. Ésta es la posibilidad de hablar en el bienestar de los docentes.

### **Lic. Patricia Tobin:**

A partir de las disertaciones de los dos panelistas, creo que una línea común que los relaciona es el tema de plantear interrogantes, por eso la intención es que a partir de este momento eso se pueda concretar. Entonces les pedimos que acerquen sus preguntas.

Una pregunta que me planteo, ya que todavía no hemos entrado al tema pleno de las adicciones. Desde mi visión - yo soy jefe de preceptores desde hace 27 años en doble turno, o sea que tengo una experiencia aceptable - el docente se está equivocando mucho. Está limitándose, en muchas circunstancias, a ser un informador. Como que "yo sé, me preparo para saber más y ya está cumplido mi rol". ¿Y la parte formativa?. Ya es un deformado; el docente es como si no existiera. En mi recorrida por distintos salones, al chico se le dice "siéntese bien", "acomódose así" y veo al docente -permítame la expresión- sentado sobre el pupitre en una posición que en los chicos se reprueba. Así, el docente pierde su factor formativo. Una experiencia similar me tocó presenciar en otro ámbito, con el propio ministro de Educación. Entonces, es interesante que en sus actitudes el docente sepa que también está enseñando, no solamente con el conocimiento. Es el pequeño concepto que quiero dejar.

## **Dr. Mainini:**

Hay algunas otras cuestiones que me preocupan más; creo que el desafío es volver a pensar algunas cuestiones que no están resueltas, por ejemplo este tema de la autoridad. Uno tendría que pensar hoy en día por dónde pasa la autoridad.

Mi nombre es Gabriela y soy docente de un colegio ubicado en Amenábar y San Martín, cuya población viene mayoritariamente de villa "La lata". En el área de Ciencias, solemos indagar acerca del barrio, marcando qué tipos de negocios hay, qué tipos de fábricas. A nosotros se nos plantea que dentro de la villa, aparece como negocio el fraccionamiento de la marihuana. Ahí ya nos toca muy de cerca a nivel docente. Porque por un lado estamos tratando de prevenir el tema de las drogas, y sin embargo ya las tenemos instaladas. A veces nos preguntamos dónde estamos parados o hasta dónde se puede actuar. Cuando uno hace el registro de este tipo de colegios, se encuentra con que la mayor parte de los padres son desocupados; también nos encontramos con padres golpeadores, violencia familiar, violencia social. Ante esta problemática, que creo no es el único colegio de Rosario que la está viviendo, aunque el colegio está tomando cartas en el asunto - se está trabajando con Teléfono Amarillo - ¿qué postura tendríamos que adoptar? ¿qué hacer ante una situación así?.

## **Dr. Mainini:**

Mientras hablabas, recordaba el otro día un trabajo con chicos de un barrio, donde una de las chicas decía "porque el tema de la droga es de aquellos chicos que están allá en el límite del barrio, no son de acá, es problema de ellos". Esta chica diferenciaba, en el barrio, que los que se drogaban estaban cinco casas más allá y que entonces era un problema de ellos. Me parece que lo más importante es no sentir que el problema está tan demarcado. Y lo digo como orientación, porque en esto no hay recetas y todos tenemos que asumir el lugar de nuestras incertidumbres al sentirnos sobrepasados. Y tenemos que trabajar con esto y con este malestar también. Pero lo primero es no excluir. Creo que es una de las cuestiones fundamentales, donde uno ve muchos espacios como la propia escuela, que también empieza a excluir a estos chicos porque "éstos son problemas de los que la escuela no puede hacerse cargo". En este sentido pensemos en la importancia que tiene la salud de los docentes, la salud de los trabajadores de Salud, para poder empezar a formar estos tejidos que nos permitan sostenernos a todos y no pensar que es un problema de otros y de allá porque están cinco casas más allá o porque ya no están en la escuela y nos quedamos más tranquilos.

## **Mónica Bifarello:**

Lo que decía Marcelo, tiene que ver con lo que yo planteaba antes, acerca de los prejuicios morales, del tema de estigmatizar; cómo de alguna manera se nos modifican las respuestas porque desde un lugar uno podría pensar que la cuestión de prevenir las adicciones pasaría, en un nivel básico, por informar que esto es malo. Se está planteando que en algún momento va a aparecer un chico diciendo "pero mi papá vive de esto", por ejemplo. Entonces me pregunto cómo trabajamos con las percepciones. Por eso yo decía antes de la necesidad de escucharlos, de darles la palabra. Creo que los docentes, ésta es mi opinión y puedo equivocarme, no tienen por qué hacerse cargo de la denuncia pública, porque como ustedes lo dijeron, están en el medio. Pero estar en el medio significa "sé que esto existe; no me puedo hacer cargo de ser yo el paladín de la justicia que va a denunciar", pero tampoco puedo negarlo y mirar para otro lado.

Si empezamos a escuchar, pero también a entender qué nos dicen, entonces encontraremos cómo trabajar desde nuestro lugar. Al docente, lo que le va a quedar, es pensar cómo lo re trabaja con sus alumnos para que esto produzca un efecto. También pensaba, cuando hablaba el participante anterior, respecto a este par información/formación, me parece que la formación pasa por otro lado y no tanto por la forma. Es decir cómo pasamos de la información a la formación. Partimos de una información aséptica, neutral, que se supone tenemos que dar y queremos dar formación, a partir de los recursos y no-recursos, de las incapacidades y capacidades, que tenemos en la gente. No va a haber un grupo igual al otro. Yo trabajo en este barrio donde va a haber muchos casos parecidos. Pero seguramente otro docente dirá, a partir de su realidad: "a mí esto no me toca".

Una cuestión que me viene preocupando, en un trabajo que estoy realizando con los docentes hace un tiempo, es cuando uno plantea la cosa de la exclusión o de la precarización. Aparecen dos preocupaciones. La primera es que la población a la que yo me dirijo está viviendo en una situación de precarización muy fuerte; también está la preocupación debida a que mi trabajo docente está precarizado. Y esto nos marca, porque no sólo no puedo hacerme cargo, sino que además estoy absolutamente sobrepasada con lo que a mí se me exige. Si encima se me exige que cambie o que dé vuelta la economía informal del barrio. Estas son tensiones que me parecen que aparecen muy fuertemente.

Pienso en lo que había dicho Mónica, respecto a cómo sería posible la construcción de políticas sociales que afecten a un marco general, desde la posibilidad de los operadores comunitarios. Los operadores en este caso también son los docentes, en este espacio micro, reducido, de intervención que se tiene. Si no se piensa en nuestros límites, la cuestión es tan compleja que genera impotencia, no nos dejaría pensar en nada, porque todo escapa de nuestras posibilidades.

Me llamo Irma. Hace treinta años que estoy en la docencia, pasé por muchas escuelas: escuelas del Fonavi donde habían 60 grados, 42 grados, y ahora estoy en una escuela cercana a casa, la 116 del Parque Alem. Pasé por los cargos de maestra de grado hasta directora, así que la trayectoria es larga. Pero puedo observar que, desde el autoritarismo que marcaba este compañero, hemos pasado al *laissez faire* total donde al chico le falta la autoridad, es decir los límites. ¿Qué es esto de los límites? Los límites desde la familia, los límites en las escuelas.

No es que estoy culpando al docente, ni me estoy culpando yo, pero esta incertidumbre que vivimos todos los docentes, los cambios curriculares, los cambios... los cambios... nos piden cambios, pero esos cambios traen inseguridades, no saber qué hacer. La consecuencia es no poder proyectar nuestros sueños, no poder transformar la realidad que nos toca vivir. Es muy difícil decirle al compañero lo que tenemos que hacer y debemos hacer. Aquí se apuntó de la necesidad de la convivencia escolar, de la importancia de la salud del docente; creo esto significa ponerse codo a codo, no importa el cargo o la situación, y ver qué hacemos todos juntos desde la escuela para ayudar a esos chicos necesitados.

Conozco sobre drogas porque pasé una circunstancia muy especial y observo los ojos de los niños; sólo con eso se nota un chico adicto con marihuana, cocaína o lo que fuera. Con eso voy ayudando a los papás, desde mi humilde lugar, a orientarlo en lo que pueda. No sé si haré mucho o poco, pero realmente estos cursos o lo que puedan brindarnos ustedes da el aliento para seguir soñando que todavía podemos. Gracias.

## **Mónica Bifarello:**

Una cosa me apareció recién con lo que planteabas. Y tiene que ver con lo que yo decía de construir proyectos de vida con los chicos. En el caso de ustedes que trabajan con ellos, creo que también encierra la posibilidad de construirlos con la familia, porque es mucho mejor. Pero cuando un chico proviene de una familia quebrada, ¿cómo saltamos de esa situación para enseñarles que también pueden hacer su proyecto de vida a pesar de su familia y su situación?. Creo que habría un desafío más fuerte. O con otras modalidades alternativas de inserción familiar que no es la familia tradicional.

Con lo que se decía, a mí me quedaba una gran preocupación. Hace muchos años que somos docentes y que venimos viendo los cambios. Ante algunos paramos y decimos vamos a cambiar lo que es posible y no nos adaptamos a la moda. Porque sucede que a nosotros nos imponen lo que en otros lugares han rechazado o superado; aquí siempre se trata de hacer cambios según modas, sin saber qué es lo que va bien. Así vamos perdiendo la identidad. La falta de valores y de identidad hace que siempre tratemos de buscar y no sabemos qué. Creo que si no tenemos una política coherente podemos seguir haciendo diagnósticos, como siempre lo venimos haciendo, porque la escuela es el lugar donde se detecta, donde se contiene, se da amor y un montón de cosas.

Quienes tienen muchos años de docente se acordarán de unos grupos que pasaban por la escuela, con diferentes profesionales: los grupos zonales. Nos quedábamos en el diagnóstico. Pero no había coherencia. Porque no hay un presupuesto y una política global. Es esto lo que desde la cotidianeidad nos da tanta inseguridad. Que no sabemos cómo continuar. No bajamos los brazos porque por allí siempre tenemos una cuotita de aliento para preguntarnos "¿qué podemos hacer mañana?", pero creo que desde abajo tenemos que apuntar a que esta política económica cambie, porque si no cambia vamos a seguir haciendo diagnósticos y no vamos a transformar.

Quiero devolver un poco lo que ustedes tiraron para este lado. Me parece que son demasiadas las expectativas, desde el discurso de la profesora o del doctor, que ponen la escuela como eje. Sin embargo, a partir de eso, también hay lugares para armar el espacio y conformar redes, aún con la estructura verticalista de la escuela y del sistema educativo argentino. En definitiva es como que estamos tironeados desde varios lugares: tenemos que cumplir con formalidades, pero también tenemos que tener una apertura porque el chico lo necesita, porque lo estoy viendo y no me puedo hacer el distraído. Pero cuando intento pedir ayuda porque-sola-no-puedo, hay otros que sí parecen distraídos y en definitiva uno está dando vueltas sin poder hacer pie en ningún lado. Sintiendo, que uno no puede cumplir con el sueño de transformar la sociedad, que tiene todo docente cuando toma su vocación. Más allá de esa impotencia, voy a poner mi granito de arena, pero tampoco puedo. No puedo hacer nada por ese chico, que tiene nombre, apellido, edad, n° de documento, que lo estoy viendo ahí, pero no se puede hacer nada porque hay toda una cerrazón. ¿Cómo poner a funcionar todo esto?.

Creo que ésta es la pregunta, porque a nadie se le escapa que la escuela es el eje, que por allí pasan los padres cuando se acercan. Pero quiero recordar también que la educación está muy atrás en las prioridades de las necesidades de la gente. Cuando uno llama a los padres porque los pibes tienen algún problema, hay otras prioridades que no dejan que ellos se acerquen a la institución. Y no por eso le vamos a incriminar que "son unos dejados", que "justamente cuando uno hace reuniones de padres los que más vienen son los que menos necesitan" y todo eso que se dice.

En definitiva esa también es la problemática. Estamos en el entretejido, sabiendo que algo tenemos que hacer. Me parece que algo se puede hacer desde el saber, con el tomar conciencia, con la reflexión, pero además, con que uno pueda hacer un pequeño pasito, decir "esto es lo que hice".

### **Mónica Bifarello:**

Yo no sería tan pesimista. A lo mejor hay situaciones particulares. Yo no creo que hay muchas expectativas puestas en la escuela, con lo que es la escuela hoy. No sé si hay que poner a funcionar algo; algo ya está funcionando. Cuando digo que las redes revalorizan el papel de la escuela porque es una institución central, es porque eso está ahí. Y no digo que todas las escuelas lo cumplan en la misma medida.

Entiendo lo que decís; es lo que quise significar cuando decía que la prevención queda en segundo plano. El componente central de la escuela, que sería la cuestión formativa, la educación, probablemente sí esté en segundo plano. Pero estamos hablando de escuelas en espacios de exclusión, donde el trabajo asistencial está obligadamente presente en la escuela; eso es lo que acerca a los padres, a las familias, o al menos permite el nexo con la familia del chico. Yo diría que ya se hacen cosas, no estoy diciendo que esto es lo que se debe hacer y no creo que solamente sea una toma de conciencia. Creo que el tema pasa por ver cómo recuperamos esos pasos que ya estamos dando en los pequeños espacios.

Parto de una idea que la compañera dijo recién: si la política social no cambia globalmente es evidente que nosotros no vamos a cambiar todo desde nuestro pequeño espacio. Podemos tener dos opciones: o nos resignamos a que "éstos son los tiempos que nos tocan vivir y no podemos hacer nada" o buscamos la manera de producir efectos. Yo creo que los efectos en los pequeños espacios se producen verdaderamente. No es que estamos diciendo que los podemos producir: es que los estamos produciendo. Cuando expresás que no podés hacer nada por esto, en realidad estás diciendo "quisiera hacer más y no puedo". Pero vos sabés que concretamente hacés cosas, a lo mejor no por todos, pero sí por algunos de los alumnos que pasan por la escuela.

A veces hay momentos en la política social a nivel nacional en que producen inyecciones de fondos, es decir que hay más recursos, aunque probablemente esto esté mal distribuido. Podemos discutir si eso es o no política social pero hay fondos para políticas sociales y sin embargo no cambia la situación de base. No parece que realmente esto produzca un efecto preventivo. Además, hay otros objetivos de la Política Social. Pero lo que digo es que no pensemos que es solamente un problema de falta de recursos, porque los recursos pueden aparecer sin cambiar nada.

Acuerdo con lo que se decía; es verdad que tenemos que dejar de hacer diagnósticos desde afuera. Yo creo que en realidad los cambios se van a producir cuando desde los niveles de diseño de políticas sociales se pueda entender que en realidad el diagnóstico y la respuesta se construye con los actores sociales. Esto que parece una declaración de principios, tiene que ser así verdaderamente. Hay algo que de alguna manera podría favorecer esta cuestión, a lo mejor sin quererlo, es el tema de que las políticas sociales a lo largo del tiempo se han ido municipalizando. ¿Por qué digo sin quererlo? Porque en realidad la intencionalidad es delegar responsabilidades y no recursos; esa sería la tendencia. El paradigma neoliberal lo que plantea es menos políticas sociales. Pero si uno analiza los flujos de gasto público social, se gasta menos a nivel nacional pero se gasta más a nivel provincial y municipal. Esto en Educación es claro. Esto puede traer un efecto que a lo mejor no fue querido, pero que puede ser positivo y es que los niveles decisorios están más cerca de los problemas. En Educación puede haber un problema, porque

la Municipalidad no tiene jurisdicción en Educación. Acá hay una superposición de niveles y en realidad la jurisdicción a la que pertenece Educación es a la Provincia.

Pero es más fácil reclamar a los niveles de diseño de políticas cuando están más cerca, por lo menos apropiémonos de eso ya que la tendencia pareciera ser el tema de que las cosas se deciden desde lo local.

Ya que se habla tanto de la palabra cambio. Creo que primero habría que entender la situación para después organizar el cambio. Quería puntualizar un tema que para mí es central. Muchas veces los docentes no entendemos qué es lo que pasa, no porque nos falte capacidad intelectual, sino porque no hay condiciones adecuadas para entender. Para entender algo lo primero que tenemos que tener es un espacio y un tiempo compartido, ya lograr eso dentro de una institución es muy difícil. Me refiero a hacerlo con continuidad; no hacer dos o tres plenarios en el año y con eso terminamos, porque las plenarios generalmente abordan anécdotas: "tal chico vino golpeado", "tal chico vino fumado". Con eso no arreglamos nada, estamos contándonos anécdotas, pero no hay una metodología de trabajo para primero poder entender la situación, después ver qué pasa con nosotros, con nuestras angustias, con nuestras ansiedades, con nuestras posibilidades, con nuestros límites. Todo eso al quedar de lado, al disociarse todo eso, el docente evidentemente hace "como si". La dirección "hace como si" toma el problema.

Cuando vienen los padres "hacemos como si" nos comunicamos. Porque generalmente nos comunicamos en el recreo en forma individual. Se los convoca a los padres cuando un chico tiene un problema. Y se lo ubica a ese chico en el centro de la cuestión; como si el problema fuera ese chico. Nunca se convoca a los padres para trabajar en la prevención por ejemplo. Pero acá aparece otra contradicción: bien sabemos que cuando la escuela organiza una convocatoria con objetivos claros, los padres asisten. Es mentira que los padres no quieran participar. Porque la escuela sigue siendo uno de los pocos espacios donde la comunidad puede asistir. Pero la convocatoria tiene que tener objetivos claros, tiene que saberse para qué se los convoca y lo más importante es que después hay que sostener esa convocatoria. Porque si se convoca a los padres o al docente para una reunión y después nos vemos de acá a seis meses ... la gente también se quiebra. Creo que éstas son las cuestiones que tenemos que analizar. No convocar para tratar situaciones coyunturales, sino para abordar la estructura, pero eso implica un proceso de continuidad.

Este curso por ejemplo es una convocatoria. Como todos los cursos vamos a venir cinco o seis veces, vamos a discutir y se terminó la cuestión. Cada uno va a ir a su lugar absolutamente aislado. No hay continuidad. Esto está por fuera de la situación escolar cuando tendría que incluirse dentro de la escuela. Nos tendrían que dar el espacio, no descontarnos las horas, no entrar a generar conflictos por las reuniones. Porque si voy a una plenaria: "no porque primero está la clase", "primero está el examen" y todas esas trabas burocráticas. El año pasado hubo una convocatoria de la Municipalidad de un curso y sobre el final llegó el reconocimiento provincial y era para un solo docente por escuela. Entonces todas estas situaciones van generando discontinuidad.

Ningún cambio se puede hacer si primero no se entiende qué es lo que pasa, y para eso se necesita tiempo y espacio porque una metodología de trabajo no se consigue de un día para el otro. Partamos de la idea de que somos heterogéneos, no todos pensamos igual, no todos tenemos la misma visión de la realidad. Primero nos tenemos que poner de acuerdo nosotros, qué queremos. Eso lleva peleas, acuerdos, se ponen en juego afectos, pero también lleva mucho dolor. Después, si vamos a plantearnos trabajar con los padres, a eso se suma otra realidad mucho más compleja que es la situación de los padres. Pero nosotros no podemos estar

con el curso, a la vez pensando con los padres y a la vez pensando con la directora, porque estamos disociados en tres lugares distintos. Entonces, ya desde el comienzo vamos en condiciones de salubridad muy negativas. Primero tenemos que apuntar a este tipo de cuestiones. A mí me resulta doloroso ver que el gremio docente pareciera que a este tipo de cosas no lo tiene en cuenta. Creo que esto hace a la cuestión elemental de la dignificación del trabajo: cuando uno se siente protagonista de un proceso, tiene la fuerza suficiente como para pelear la cuestión económica. Y no quiero disociar lo económico de lo otro; creo que las dos cosas van juntas. Pero esto va a hacer que nos posicionemos de otra manera frente a la comunidad, porque hagámonos cargo de que a veces convocamos a la comunidad y a veces esa convocatoria queda a mitad de camino. Y no porque seamos malos sino porque no nos da el "cuero". No nos da el "cuero" porque las condiciones en que estamos trabajando están atravesadas por todo este tipo de situaciones. Entonces lo que tenemos que pelear es: tener espacios para encuentros, pero encuentro reales, no ficticios.

Realmente hay muchas cosas para rescatar y trabajar. Esta cuestión de la continuidad me parece interesantísima. También el trabajo local es una de las cuestiones a reforzar. Y no pensar la escuela como una unidad aislada. Esto no es nuevo; cuando citaba a Adorno, él ya hablaba de que la escuela se creía de que el mundo pasaba por ella, por dentro de los muros. Esto es una percepción desde adentro pero también desde afuera, la sociedad plantea estos compartimentos. Si esto es así, el romper estos compartimentos es un trabajo desde adentro y desde afuera también. Rescato el tema de lo local y rescato el tema de esta palabra que últimamente escuchamos tanto y que también tendríamos que ponernos a pensar qué decimos cuando decimos "redes", que a veces aparece también como una cuestión muy estructurada, rígida, de solución a todo.

Retomando un poco lo que había dicho la compañera me acuerdo de una situación en la que me tocó involucrarme: un chico que procedía de un hogar de menores tuvo un intento de suicidio. Una historia durísima, como toda la historia que venía atrás y la no perspectiva hacia adelante; sin embargo encontró ciertos vínculos que lo sostuvieron. En estos vínculos tuvo que ver la escuela, tuvo que ver una ONG, tuvieron que ver algunos docentes de educación no formal que estaban allí en la zona y tuvo que ver después la respuesta de un centro de Salud y de un hospital. Creo que todo esta red se fue comunicando a partir justamente de este conflicto y de este problema que se presentaba y todos estos actores fueron los que posibilitaron de algún modo que este muchacho superara esa situación. No sé la historia cómo continuó, realmente la perspectiva que vemos hoy en día en los jóvenes no es muy alentadora.

Si bien es necesario, pienso, correrse del optimismo ingenuo, no podemos perder un principio de esperanza. Esta es la cuestión fundamental de vida que tenemos que transmitir, aunque sea escuchando, resistiéndonos a algunas cuestiones que se nos imponen y que dejamos que nos impongan también. Creo que en la escuela hay responsabilidades distintas y creo que hay una responsabilidad fundamental de los directivos que son los que pueden transformar estos espacios burocráticos de los plenarios a los que estamos acostumbrados. Plenarios, como decía el compañero, adonde vamos para que nos lean la circular y que nos digan que hay que cumplir con esto, etc., etc. Deberíamos descubrir y potenciar otros espacios donde podamos hablar de lo que nos está pasando, donde podamos traer técnicos de la zona, donde podamos trabajar intercambiando nuestras imposibilidades y posibilidades. Esto creo que es fundamental y pasa por el trabajo a nivel local que creo es el que hay que potenciar.

Hay redes solidarias y redes conceptuales

Nos tenemos que poner de acuerdo qué priorizamos: si perder horas pensando cómo doy tal tema, o si es más válido pensar cómo hacer una red, cómo resolver los problemas de mi alumno junto con el hospital del barrio, la vecinal, cómo mejorar su calidad de vida. Hacer una red de solidaridad o perder horas y horas en hacer una red conceptual que después, cuando voy a desarrollar el tema en el aula, me lo imposibilita el hambre y las necesidades que tienen los chicos.

Con respecto a algunas intervenciones, quiero contestar: uno se va de acá, aislado y solo, pero también se lleva cosas, algo que le gusta, algo que no, y algo que podemos aplicar. Una pregunta a la licenciada: hacer el recorte de un problema, como tomar la adicción aislada, ¿no es también una exclusión?

### **Mónica Bifarello:**

Toda enfermedad, todo síntoma y todo lo que puede dañar a una persona, está relacionado con otras cuestiones que tienen que ver con lo afectivo, lo relacional, la vulnerabilidad. Y cuando pienso en acciones que se restringen a la adicción o a una enfermedad cualquiera, estoy recortando y excluyendo problemas. Pero, no siempre los puedo poner a todos en juego; en una política de prevención quizás no pueda, porque sino hacemos esas cosas de nivel muy macro, que no sirven para nada. En algún momento uno va a recortar, pero si yo estoy diseñando una política global tengo que tener en cuenta que no puedo quedarme solamente con informar acerca de los daños que produce determinada enfermedad o de cómo prevenir. Esa quizás es una parte y una parte muy pequeña, si nos olvidamos de todo lo otro me parece que estamos excluyendo problemas.

### **P. Tobin:**

Daríamos finalizada la jornada de hoy. Quería aclarar que el CePA está fuera del sistema educativo, puesto que pertenecemos a la municipalidad. La idea de estas jornadas es fundamentalmente pensar en las posibilidades de un trabajo futuro. Esto también queda no solamente en las propuestas que podamos hacer, que son a veces bastante acotadas, sino como se decía con respecto a la creatividad, pensando que lo que se escuche acá se pueda generar en algunas propuestas que nos hagan llegar y esa es la intencionalidad de estos encuentros. Les agradecemos la presencia.

# **Sociedad actual y su relación con adicciones**

Dr. José Somenzini

Lic. Daniel Briguet

Ps. Graciela Blank (coordinadora). Jornada4.

G. Blank:

Hoy nos acompaña Daniel Briguet, en nombre de quien aprovechamos para saludar a todos sus colegas porque hoy es el día del periodista. También está con nosotros José Somenzini, médico psiquiatra, psicoanalista, director del Centro de Asistencia al Suicida.

El tema que nos convoca es "La sociedad actual y su relación con las adicciones", enlazándolo con lo que se trabajó la jornada anterior acerca de técnicas de prevención, acerca del lugar del docente, del docente como agente de salud y de la salud de los docentes. Vimos que era un lugar cuestionado, vapuleado, un lugar crítico, contradictorio, al que se le demanda, al que se le cuestiona; lugar difícil que muchas veces deja al docente en el lugar de la imposibilidad. El licenciado Mainini habló de la formación de redes como una posibilidad de salida, de resolución de ciertos conflictos para salir de la imposibilidad. La licenciada Mónica Bifarello de las políticas de prevención, así como de las políticas sociales, que generan exclusión de grandes sectores de la comunidad y se trabajó la posibilidad de cómo incluir estos sectores. Hoy trataremos de relacionar estas problemáticas. Empezará el doctor José Somenzini hablando de cómo estas políticas sociales, estos lugares difíciles, generan una serie de, así llamadas, patologías - veremos si es así - y de qué manera estas patologías pueden enlazarse con estos rasgos, con estas características, de la sociedad actual.

Queremos reiterar que éste es un acercamiento a la problemática para intercambiar discursos, para intercambiar saberes e intentar lograr un posicionamiento desde el lugar de cada uno dentro de esta problemática. Va a tomar la palabra el Dr. José Somenzini.

## ***Una Interpretación Psicoanalítica***

Dr. José Somenzini

Cuando escuchen a un adicto, un alcohólico o un toxicómano, no lo escuchen como adicto; no interesa la edad que tenga, escúchenlo como a un niño triste o angustiado o con miedo. Tiene un dolor inconsciente, hay que trabajar sobre cuándo sufrió una pérdida. Un dolor crónico que se sepultó con el alcohol o con la droga. Hay algo del yo como traductor de esa pérdida que no ha funcionado. Por supuesto que no deberían decirle que él es un chico triste, seguramente negaría esto. Siempre las estrategias de abordaje con respecto a la drogadependencia deben ser indirectas, a la manera de los militares aunque no tengamos nada que ver con ellos. Hay un famoso libro, que justamente cita Borges en "El camino de los

---

<sup>4</sup> Segundo encuentro del curso para docentes organizado por el CePA

senderos que se bifurcan", que se llama de las estrategias indirectas y cita un libro de un militar norteamericano. Esto es notable: Borges citando un libro de estrategia militar. Debería ser la posición para abordar este tipo de pacientes.

La tesis del malestar que todos padecemos es que la humanidad crea los instrumentos de su propia destrucción; los instrumentos de su propio malestar, para decirlo un poco más atenuado. El progreso de la ciencia y la tecnología ha creado nuevas posiciones del sujeto, inclusive ha abolido al sujeto, por lo tanto ha abolido el deseo, y hace que a mayor progreso de la ciencia, a más Internet, más solos estemos. Vamos a retomar esto: no sólo estamos más solos, sino que además estemos en una situación de mayor culpabilidad; y justamente no hay nada más culpógeno, que no estar contentos con nosotros mismos. No hay nada que cree un mayor malestar a través de la culpa, que eso. Hay un cierto nivel de culpa necesario, que tendría que ver con la conciencia moral; pero, el mayor sentimiento de culpa que podemos atravesar es justamente no estar contentos con nosotros mismos, es ceder ante el deseo, no ser fieles a nosotros mismos, no estar contentos con nuestros deseos y con los límites que nuestros deseos tienen. No amar nuestros límites sería la situación donde el sentimiento de culpabilidad puede llegar a ser insoportable.

Por supuesto, el bicho humano que camina y que habla, y además padece de la sexualidad, siempre busca la felicidad. Podríamos decir que hay dos tipos de felicidad: a) una felicidad transitoria, puntual, fugaz; b) una felicidad que se construye lentamente, que no es manifiesta y tiene que ver con la posibilidad de amar nuestros límites, es el amor a nuestros límites.

El adicto en esto tiene alguna connotación parecida al perverso. Hay ciertos rasgos perversos en el adicto, no sólo en la conducta delictiva sino en lo que sería la estructura, que haría que las leyes del placer estén elevadas a nivel de la divinidad, a nivel de ese Dios oscuro, del goce del otro. Hace de las leyes de su goce, de las leyes de su propia satisfacción, la ley. Es la ley que tiene su límite, la ley del deseo; él hace de esta ley, la ley de su propio goce. Esto es absolutamente contradictorio, porque parecería una especie de filosofía hedonista, sin embargo, no dice de ningún modo que haya cierta armonía, que haya cierta posibilidad de bienestar. Inclusive, cuando está exacerbada esta condición perversa, esta condición de heroísmo, esta condición de desafío perverso, que nos ubica a los no adictos como pobrecitos que no sabemos gozar de la vida, es como asustante, es como un discurso bizarro. Pero detrás de esta condición tan desafiante y tan omnipotente está la condición miserable que padecemos todos.

¿Qué intenta paliar el adicto?, ¿qué intenta paliar el neurótico?, ¿qué intenta resolver el psicótico?, ¿qué intenta resolver el perverso? Intenta defenderse, intenta resolver lo que se llama el dolor de existir. Vivimos, padecemos, un dolor de existir y vivimos en este valle de lágrimas; esto es lo que debemos tolerar. Por supuesto, los neuróticos tenemos mecanismos de defensa más atenuados, más moderados, no es que no los tengamos; el perverso tiene un mecanismo mucho más exacerbado, mucho más exagerado y mucho más peligroso para él y para la sociedad. El adicto y todas las otras formaciones intentan resolver este dolor de existir. El melancólico tampoco quiere el dolor de existir; contradictoriamente, es puro dolor de existir.

Una pregunta que hace tiempo me hago: si el verdadero sufrimiento que padecemos no será justamente desconocer que esto es lo que nos habita, el dolor de existir. No sólo hay un dolor de existir, sino que hay una cierta condición de maldad intrínseca del sujeto que habla, hay cierta condición de crápula, hay cierta condición de "choro", ¿quién no robó algo alguna vez?, y desconocer esto es el verdadero sufrimiento. Me ha costado bastante llegar a esta conclusión. Claro, este

dolor de existir es lo que también podemos llamar angustia existencial, tiene que ver con que el ser humano, aunque inicialmente no hay inscripción de la muerte en el inconsciente, se entera de que puede morir, primero por la muerte de otro, necesita ver que alguien muere. Esto es muy importante en relación a la educación de los chicos con respecto a la muerte, yo suelo decir que la educación sexual de la cual tanto se habla, es bastante relativa; a mantener relaciones - genítalmente hablando - todo el mundo aprende; pero es muy difícil aprender a reconocer que el ser humano es el único que tiene atisbo de la muerte; en realidad lo que habría que educar es la pulsión de muerte, no tanto la educación sexual.

Hay un punto que tal vez sea muy complicado pero que quiero tratar de puntualizar: ¿qué le pasa al adicto?, ¿qué le pasa al alcohólico? Sabe que el goce siempre es limitado, que el deseo siempre es insatisfecho. Lo sabe, pero trata por todos los medios de evitarlo. ¿Cómo lo evita? Tomando, tomando y tomando. Si deja de tomar, toma dos copas de vino o se fuma un porro, no va a llegar al goce que suponía, siempre vamos a obtener de esta vida un goce o una satisfacción inferior a la que anhelamos, anhelamos mucho más y debiéramos conformarnos con menos. Él sigue tomando, porque en realidad va postergando eso que sería el placer (digo placer cuando debería decir goce, pero me parece que la palabra tiene una connotación más entendible). Porque esto es discontinuidad, porque esto es en realidad poco, es como la discontinuidad del goce fálico. Ese es el tema: no hay otro goce que no sea fálico y éste es discontinuo, termina, es absolutamente insatisfactorio, el deseo siempre queda insatisfecho. De esto no quiere saber nada el adicto, como el alcohólico. Por eso no cesan de tomar o drogarse y pueden terminar en una sobredosis y encontrar la muerte; por fin encontraría en la muerte el goce absoluto que él anhelaba y no podía soportar que este goce en realidad es siempre parcial, es siempre limitado y es siempre discontinuo. La sobredosis no es un suicidio, morir por sobredosis es perder la vida o encontrar la muerte en esta búsqueda del goce absoluto que es imposible para todo el mundo.

Esto nos pasa a los neuróticos sin que seamos adictos, en cualquier festichola o comilona "comé un platito más", "pidamos esto", "tome una copa más", "yo te invito", "invítame". Hay algo que de repente en la comilona, en estas cuestiones comunes de la vida cotidiana, también aparece este atisbo de no querer cesar, no queremos darnos por advertidos de que el deseo es insatisfecho y de que el goce es siempre parcial, entonces aparece esto de "tome una copita más", hasta que el cuerpo aguante; justamente nos puede pasar que nos tienen que llevar a casa. Esto es lo que le pasa al adicto y lo que le pasa al perverso también. El tema está en que el perverso, pensemos en los libertinos o en los torturadores, también busca absolutamente un goce total, pero resulta que nunca lo va a obtener porque la víctima no resiste, se desmaya o se muere. Es la única satisfacción que tenemos con los torturadores: buscaron el goce absoluto y no lo encontraron.

El cuerpo es el que no aguanta, porque el cuerpo o se queda dormido, se desmaya o se lo tienen que llevar a casa, esto hablando en la vida cotidiana de cualquier neurótico. El famoso tango "Tomo y obligo" dice: "sírvese un trago, de las mujeres mejor no hay que hablar" "todas dan muy mal pago; éste con el duelo no quería saber nada, éste no tenía ninguna posibilidad de hacer un duelo por el amor perdido y pasado ese tiempo volver a enamorarse. Ningún analista le propondría a alguien que ha perdido un amor que deje de amar: haga el duelo por esto y vuelva a enamorarse. El amor es lo único que saca a alguien de la condición autoerótica gozante y lo lleva a ser un deseante, hace condescender el goce al deseo, es una interpretación teórica, pero muy linda.

Hay un cuento que contaba un analista francés bastante conocido que se llamaba Lacan. Se trata de una mujer casada, que cuando su marido no está, tiene una consigna: corre las cortinas y coloca una maceta. El psicótico, el loco, no entiende

el mensaje, se queda mirando los bordes de la cortina, la maceta y las flores; no sube, porque no entiende el mensaje. El perverso, y el adicto no suben directamente, porque una condición de esta adicción con rasgos perversos es que necesita dejarlo al otro con angustia, él no puede ser un sujeto dividido y por lo tanto angustiarse, necesita la angustia del otro, vive de la angustia del otro. El neurótico, cualquiera de nosotros, sube, tiene un encuentro amoroso, luego baja y dice: "el perfume no me gustó tanto". Siempre hay algo de insatisfacción en esta condición del deseo.

Unas palabras con respecto a la depresión en el adolescente. Es algo que seguramente los docentes encuentran a menudo. Popularmente se asocia depresión a conducta autodestructiva: drogadependencia, suicidio; sin embargo, la dinámica del cuadro en realidad muestra otras facetas totalmente diferentes. En realidad, estas conductas autodestructivas del adolescente se dan cuando se sale de la depresión y se entra en una situación de euforia, en un estado maníaco y ahí sí aparece el mecanismo autodestructivo porque hay una absoluta negación de los propios límites, hay una situación de omnipotencia, una situación de heroísmo que hace que justamente se pierdan los límites. Hace dos o tres años atrás recordaré un accidente que hubo en San Luis e Italia, cuatro jóvenes, todos egresados universitarios, habían ido a buscar a una chica médica que llegaba de Buenos Aires en tren (todavía había trenes en esa época, ahora ni eso tenemos; hoy les contaba en un bar a unos muchachos lo que está me pasando a mí, como psicoanalista tengo que cobrar porque tengo mujer e hijos y un presidente que mantener, no tengo otra alternativa que cobrar y lo más que pueda) y empezaron un itinerario desde la estación de trenes, toman Oroño a máxima velocidad, pasaron todos los semáforos en rojo, doblaron por San Luis, cuando llegan a San Luis e Italia se meten debajo de un ómnibus y el auto se corta por la mitad y los decapita a los cuatro. No eran locos o psicóticos. En la autopsia se descubrió que los cuatro tenían el máximo de droga posible y tolerable, antes de morir, y el máximo de alcohol. No se suicidaron, había la búsqueda de un goce irrefrenable que por supuesto sólo se podrá encontrar perdiendo la vida, porque sino no hay ninguna posibilidad de que eso se logre.

La depresión del adolescente puede ser una depresión normal; es una condición normal de todos los neuróticos. Uno podría decir: pobre del que nunca se deprimió, porque es un instante de reflexión, de introspección (uso términos del sentido común) para elaborar pequeños duelos de los cuales estamos hechos. La vida es un continuo suceder de pequeños duelos, a veces inclusive pasan inadvertidos. La depresión en el adolescente es esto, porque el adolescente no sólo padece los pequeños duelos que padecemos todos los neuróticos normales, sino que tiene un triple duelo a hacer, muy serio, muy severo, muy importante y debe ser respetado: tiene que hacer un duelo por el cuerpo infantil perdido, tiene que hacer un duelo por los padres infantiles perdidos y tiene que hacer un duelo por la sexualidad infantil. Muchas veces el aislamiento del adolescente debe ser respetado, y pueden ser absolutamente normales, porque son propiciatorios de la elaboración de estas situaciones inexorables de duelo. Impedir esto puede llevar a que la depresión sea patológica, en el sentido de que no haya elaboración adecuada de estos duelos y se note en conductas muy visibles.

En relación a los niños y adolescentes, hay dos cosas que pueden interesar a los docentes: trastornos en el juego y trastornos en la escolaridad. Esto da cuenta de que hay un estado depresivo patológico, seguramente la mayoría de las veces. Otro elemento muy típico del adolescente es dormir en exceso. Esta exageración del dormir, privándole a la satisfacción del amor, a la satisfacción de los deportes, sin duda es un signo de alarma de que hay una situación de duelo patológico, una situación de depresión patológica. Esto debe ser tenido en cuenta. Muchas veces esto es promovido desde el lugar en que se le exige a los

adolescentes performances que tienen que ver con el mundo consumista de la actualidad, donde los títulos tienen mucho más importancia que el bienestar. En esto la escuela no ayuda para nada, porque muchas veces muchos profesores adoptan una actitud de menoscabo de los chicos: los chicos son siempre ignorantes. Esta es una posición envidiosa en relación a la adolescencia, en relación a la juventud.

Algunas palabras respecto al posmodernismo. No hay ninguna duda que en esta sociedad llamada posmoderna hay cambios radicales, cambios muy importantes. Se ha disuelto el inconsciente, no hay represión, en el sentido de que era justamente la fundadora del inconsciente, y no hay autoridad que sostenga esta represión que fundaba el inconsciente. El desarrollo productivo burgués, el capitalismo, intenta vendernos la idea de que todo lo que el sujeto desea, lo puede adquirir o lo puede lograr. El precio que se paga por eso es muy alto: segregación y marginalidad.

Propone una sociedad que no sólo sería capaz de curar las enfermedades del cuerpo, sino que también sería capaz de curar la imagen del cuerpo: cirugía, lifting, gimnasia, etc. Podría elegir el sexo, sexo libre sin amor, no lo digo en el sentido moralista o puritano " cada uno puede hacer lo que quiera " Pero entiendo que hay una situación imaginariamente engañosa: si el amor no es una pasión, es apasionante; y al mismo tiempo hay algo que se disuelve del propio yo. Pero lo que propone la sociedad es sexo libre sin esta disolución del yo; dicho en términos corrientes: sin compromiso, sin jugar su propio yo que se va a disolver en esta situación de esta "locura" (entre comillas desde luego) amorosa, de esta psicosis experimental, el amor es realmente una locura experimental. No nos proponen esto, sino sexo sin angustia. Una sociedad autoerótica sin angustia. Esta sociedad liberal, por lo tanto, empuja a una especie de libertad absoluta donde todo estaría permitido y si todo está permitido, todo está prohibido.

El tipo de discurso capitalista es el espectáculo de la mercancía. El tiempo no se demora; el tiempo se trastoca. Los objetos son descartables y son vacuos. ¿Cómo se yugula esta descartabilidad del objeto? Con una presencia constante. El modelo típico de supermercado donde se consume y se repone, no hay demora. El sujeto es un consumidor y el cliente siempre tiene razón, consumidor y cliente. Y la droga, la toxicomanía, es un invento para los ejecutivos porque deben sostener un ideal de eficacia. Lo que pasa es que ustedes, como atendedores o en intentos de estas campañas de prevención, se encuentran con un adicto reventado; pero en realidad la droga está sostenida por el capital justamente, por el capitalismo del ejecutivo que tiene que dar cuenta permanentemente de la eficiencia que el mismo capitalismo exige. El síntoma social está oculto en esta situación; aparece justamente con el adicto marginal, reventado. Recién ahí la homeostasis social, que a pesar del gran consumo de drogas y a pesar de este discurso capitalista se mantenía, se rompe: cuando aparece esta situación del adicto marginal.

Todo se muestra en este discurso social postmoderno. Se muestra por TV, se muestra por paneles. Parecería que la histeria, la famosa histeria de Freud con la que se inició el psicoanálisis, no existe más. Pero sigue estando, está oculta en toda partes. No existe la histeria de Freud o de los primeros discípulos de Freud, pero la histeria moderna que equivale a aquella histeria de reconversión, es la momificación del cuerpo. Si ustedes ven a varias actrices que tienen lifting, no me digan que no son momias. Esta momificación del cuerpo es la equivalencia absoluta de la histeria de conversión de la época de Freud. Todo se muestra por televisión y se hacen paneles de todo (espero que este panel no tenga ese estatuto aunque nos estén filmando): paneles de cornudos, paneles de infieles, paneles de lesbianas, de travestis, es una cosa espectacular. Todo esto es histeria y se intenta que la histeria hable, justamente ahí está la paradoja extraordinaria: en este hablar es donde la histeria se calla y se acalla.

Quiero terminar con una cuestión: ¿cuál sería el fenómeno fundamental, desde el punto de vista de la estructura del sujeto, que ha hecho que existan estas nuevas patologías y todo esto de lo que estamos hablando? ¿Qué ha hecho que el capitalismo y el progreso de la ciencia crearan estas nuevas patologías: violencia, drogadicción, anorexia, enfermedades psicosomáticas, bulimia, etc? Sería una absoluta pérdida de la autoridad paterna. El padre aparece degradado y humillado. La palabra del padre no es escuchada. De ahí que haya una cierta recrudescencia hacia las religiones, porque las religiones son siempre del padre.

Tanto para la niña como para el niño no hay otra alternativa que amar al padre; ya estoy hablando de las posibilidades del posicionamiento del lado de quien ejerce cierto rol terapéutico. Amar al padre aunque sea borracho, malandrín, estafador, todo padre es digno de ser amado, debe ser amado. Para la niña la situación es más fácil, para el varón es más complicada porque para amar al padre el niño tiene que asumir una posición femenina, este amor al padre sodomiza al varón. En esto debería extenderme mucho, pero en esta posición femenina el alcoholismo y la droga están muy emparentados con esto: el consumo de droga y el consumo de alcohol, con este exceso de oralidad, tiene que ver con una posición femenina, no elaborada en todo caso. Sería muy largo extenderme en esto. Pero sí quiero remarcar esto de que hay que amar al padre, un padre que en realidad debería tener cierta condición seductora, cierta condición perversa en el buen sentido, en el sentido de la per-versión: en francés una versión del padre. Esta condición perversa y seductora del padre es necesaria para instituir un sujeto normal. En la película "Claroscuro" se ve justamente donde el hijo es absolutamente objeto del goce de este padre, hasta que toca la famosa sinfonía número 3 y él se transforma, él es la sinfonía número 3 y completa con esto el goce del padre, por supuesto a costa de la locura. Puede zafar vía una mujer que además es una astróloga, vía un hecho que tiene una cierta connotación mágica. Hay un hecho fantástico cuando zafa de esto y es que el padre viene a buscarlo y le dice "nunca nadie te ha amado ni te amaré como yo" y le cuenta el cuento del abuelo, que le había regalado un violín, se le había roto y que él siempre completaba, y el hijo responde: "no me acuerdo".

Ése es el momento donde absolutamente le pone límite al goce del padre. Es necesario que el padre sea un gozador, seductor y también que el padre le ponga límite a este goce. Esto es indispensable para que podamos adquirir: la mujer su femineidad y el hombre los emblemas de la virilidad. Al mismo tiempo, creer en el padre no es lo mismo que la certeza de un ideal absoluto y un padre absoluto que lleva al totalitarismo, que lleva al nazismo por ejemplo. Creer es una condición neurótica, para dejar de creer hay que haber creído, es diferente a la certeza de un ideal compacto que lleva a esta situación totalitaria. Hay un libro muy interesante, que es uno de los pensadores modernos más importantes, que se llama "Creer que se cree", también escribió un libro que se llama "La religión", también se los recomiendo porque da cuenta de este fenómeno de las religiones en relación a la decadencia paterna. Hay que creer para dejar de creer. Por eso yo, gracias a Dios, soy ateo.

## ***Una Mirada Periodística***

Lic. Daniel Briguet

Algunas ideas o conceptos de interés en la charla del Dr. Somenzini podrían ser el paisaje, la cultura postmoderna, la abolición del deseo, la muerte del padre y todo lo que eso conllevaría, desplazamiento de los lugares sociales de los sexos, decadencia del otrora sexo fuerte, fortalecimiento del otrora sexo débil, que son todos temas de paneles, y el tema que nos convoca hoy es más circunscripto pero

de todos modos están flotando o aleteando en esta cuestión. Una pequeña reflexión que tiene viso de chascarrillo y en absoluto intenta poner en cuestión lo que el doctor ha dicho; pero me da la impresión que en esta ciudad, al menos, la histeria sigue siendo muy visible.

Cuando las compañeras del Centro de Prevención de Adicciones me convocaron para esta charla, de movida intenté sustraerme o zafar, y les digo por qué. Este es un tema, el de la droga y el de sus infinitos cruces y proyecciones, que a mí me despierta cada vez más aprensión, inquietud, cuando no cansancio liso y llano. No es cansancio puro por el dramatismo que conlleva. Después de distintas visiones, reflexiones, e incluso experiencias en mi lugar de trabajo en los medios, y desde cierta afición que tengo a ver cómo los medios operan y funcionan en esta sociedad, mi conclusión es esa, así muy loca y apocalípticamente: ¿no será mejor parar la bocha? Utópica por supuesto; mientras existan programas como los de Mauro Viale, es imposible parar la bocha alrededor de esto. Razonable y saludablemente: ¿no sería mejor dejar de hablar del tema durante un tiempo? No les voy a fundamentar el por qué de la inquietud, pero espero que a través de la charla misma o en la exposición misma ustedes adviertan el por qué de esta aprensión o de esta inquietud.

Básicamente, los pocos puntos que quiero compartir con ustedes están ligados a lo que podría ser el registro masivo, medial del tema droga: cómo es procesada, tratada, o maltratada, en el seno de los medios, que ustedes saben son el soporte, el receptáculo cultural distintivo de esta sociedad. Si tuviera que ponerle un título (los periodistas somos muy afectos a pensar en títulos; cada vez que hacemos una nota y a veces antes incluso de escribirla pensamos el título), yo lo llamaría: "La película de la droga". Los medios nos ofrecen a menudo películas sobre distintos tópicos en distintas circunstancias. Esto en sí no implica un juicio peyorativo o descalificador, quiero decir simplemente que lo que a menudo tomamos como reflejos directos de la realidad, en realidad son construcciones, son operaciones, son ficciones que los medios construyen, por supuesto partiendo del material que la realidad suministra, pero haciendo una construcción que termina siendo una ficción, en un sentido no peyorativo. Hasta me atrevería a decir: una ficción que a menudo nosotros tomamos como realidad. A esta idea es lo que denomino la película de la droga.

Asistimos diariamente, a través de todas las manifestaciones posibles de los medios, a mensajes que remiten al tema drogas. Un invitado recurrente son las noticias policiales, obvio, así como paneles, mesas redondas, otros invitados recurrentes en el seno de los medios. Dramas de la vida real, confesiones de adictos o ex-adictos, incluso "blanqueo público" de la cuestión. Hace unos días murió Ubaldo "Ubi" Sacco, un fugaz campeón mundial de boxeo argentino, un tipo como muchos campeones o ex-campeones con una vida desordenada, disipada. Pero bueno, a nuestros fines, lo que importa es que Ubi fue un precursor en esto del blanqueo público de la adicción. Ahora tenemos el caso de Diego Maradona, quien hace un tiempo salió a la palestra y dijo: "sí, desde 1982 yo tomo drogas". Pero bastante antes de esto, si no me equivoco, Ubi hizo una confesión similar y dijo que desde los 13 años era adicto. Esto tiene que ver con esa otra característica de la sociedad postmoderna, la hipertransparencia o el simulacro de transparencia absoluta. Todo se sabe, todo se registra, y también las adicciones, con lo cual se genera, por lo menos en términos públicos, un fenómeno de características inéditas: qué es ese personaje que dice ser adicto. En el caso de Diego con todas las particularidades del fenómeno que encarna, la cosa rozaba la paradoja desconcertante, ¿qué es ese adicto, que dice serlo pero que además hace una campaña antidrogas?

En fin, esa idea, la droga es un tópico clisé de los medios desde hace tiempo. Yo quiero acercarlos a ustedes lo que a mi modesto juicio son algunas operaciones que intervienen en la realización de esa película, la película de la droga. Una operación, por ejemplo, homogeneización: unificación de sentidos diversos, heterogéneos, dispersos, alrededor de un término único y aparentemente de un significado único: la droga. ¿Qué designa este término? ¿Cuáles son sus límites, cuáles sus confines? ¿Cuando hablamos de droga de qué hablamos?, ¿de yerba, cocaína, opio, hachís, LSD, nada más?, ¿no hablamos de psicofármacos?, ¿sí hablamos de psicofármacos?, ¿más algunos jarabes, más algunos medicamentos, nada más?, ¿no hablamos de tabaco, cafeína, mateína? En fin, si uno desbroza un poco se da cuenta de que el término droga es polivalente y podría tener muchos sentidos posibles. No funciona así en el registro medial y en el registro público. Funciona como un término unívoco con un sentido unívoco. La pregunta sería: ¿por qué?

Puede haber varias razones, pero yo diría que esta homogeneización es equívoca porque se supone que si el gran despliegue es para el tratamiento, la revisión y corrección de lo que ocurre, lo primero que tendríamos que saber es qué estamos nombrando cuando hablamos de este tema, éste es un requisito básico del diagnóstico. No hay tal cosa. Hay un sobreentendido, un código implícito. No importa que este código esté lleno de ambivalencia y de confusión.

Creo, más allá de las diversas razones que podrían explicar esta operación primera de unificación u homogeneización, que ella suministra el piso sobre el cual se rueda la película de la droga. Es como un movimiento, un paso necesario para ese rodaje y el rodaje de esta película conlleva un ingrediente que casi la ubica en un género siniestro, de terror. Porque inevitablemente otra operación de la película "La droga" es la satanización o demonización del objeto. Las visiones que se vierten sobre el tema conllevan este elemento satanizador, demonizador. La droga en ese discurso o en ese tipo de mensajes aparece como el Objeto del Mal, no un objeto del mal, sino EL OBJETO DEL MAL. Acá hay otra ficción dando vueltas. En absoluto quiero relativizar los dramas reales que el tema de la adicción a las drogas; pero de ahí al objeto del mal, ustedes convendrán conmigo que hay un trecho. Hay un mismo trecho que puede haber entre la percepción de un problema o fenómeno social y su conversión en una película.

Esto de la satanización o demonización de la droga, cuyos ejemplos no abundo en mencionarlos porque ustedes pueden encontrarlos a diario en la página policial. La página policial no está bien vista por ciertos sectores bien pensantes, incluso en el periodismo, porque se estima que es algo así como un colateral, un apéndice poco decoroso de los géneros serios. Craso error. Craso error sobre todo en nuestra sociedad y en esta realidad que vivimos. Yo diría que muchos de los indicios más relevantes para analizar o percibir el pulso social, ustedes lo encuentran en la parte policial. Pero bueno" les decía" esto de hacer digresiones significó mi muerte prematura como orador " uno se tiente a hacer digresiones " el tema es retomar el hilo.

Intentaba decirles que ustedes encuentran en el discurso medial ejemplos frecuentes de esta satanización. En la página policial es casi recurrente que aquellos actos delictivos o al margen de la ley que bordean un límite: "un tipo enloqueció y mató a tres compañeros de boliche", "un ladrón subió al colectivo y disparó sobre los pasajeros", "un enamorado aplicó 125 puñaladas a su novia" etc.

Hay una especie de coartada hipotética que flota sobre estos casos, cuando aún no hay indicio cierto o investigación clara que delimite lo que ocurrió. Una hipótesis ya incorporada en la jerga cotidiana: "y estaba drogado". Y bien pudo ser que haya estado drogado pero bien pudo ser que no. En tren de analizar accidentes salvajes o tremebundos que ocurrieron en la última época, yo les podría nombrar uno en

particular que a mí me dio vuelta la cabeza, porque sin haberlo presenciado directamente, pasé por el lugar poco después que ocurrió, porque fue en las inmediaciones de mi barrio, en Salta y Oroño. Fue un hecho que me quedó dando vueltas en la cabeza varios días por el registro que hice, por los indicios que perseguí después, los relatos que pude recoger en el camino y demás. Fue la embestida salvaje de dos chicas que salían de una disco, Código K, pero digo salvaje en toda la extensión del término porque el modo en que fueron atropelladas, fueron embestidas a una gran velocidad, una fue arrojada a dos metros y la otra fue transportada en el capot del coche una cuadra. Una cuadra bamboleando el cuerpo arriba del capot del coche que conducía otro joven, ¿con qué propósito? De desprenderse del cuerpo y salir huyendo. Por qué cito esto que es tremebundo en sí, porque que yo haya leído o sepa, no hay comprobación fidedigna de que ese joven estaba drogado, aunque bien pudo estarlo. Quiero decir, para decir una obviedad, no es indispensable que el consumo de una droga, estupefaciente o lo que sea, para cometer un acto límite, que puede estar determinado, el doctor seguramente lo puede decir mejor que yo, por estados emotivos diversos, por un estado de pánico, una irrupción de algo que nos descontrola y nos hace cometer cosas que habitualmente no cometeríamos.

No obstante esto el fantasma de la droga sobrevuela como hipótesis, como sospecha, y hasta diría como coartada. Y acá empieza el tema de la película. ¿Y por qué como coartada? Porque es mucho más tranquilizador tener un objeto tan perceptible, aunque no se lo vea tan a menudo, y tan manipulable, tan identificable, para agotar la resolución de problemas o fenómenos que de otro modo nos pondrían en serios apuros. En todos esos casos funciona el ejemplo de la droga como objeto del mal.

La droga es un tabú, por lo menos un objeto prohibido. Ahora bien, cómo es el tema de lo prohibido y el tabú? El tema es cómo funciona socialmente. A mi juicio funciona en una especie de dialéctica prohibición-transgresión cuyos términos se realimentan mutuamente. Carezco de autoridad científica para hacer una fundamentación en abstracto del por qué del consumo de drogas, pero la gran mayoría de Uds. pueden coincidir conmigo que uno de los elementos presentes en la adicción es su carácter transgresivo. Es decir, no se consume droga porque esté aplaudido por el Ejército de Salvación, Cáritas y la Liga de Madres de Familia, sino todo lo contrario, uno de los impulsos que por ahí pueden llevar a consumir es el carácter transgresivo de objeto prohibido que la droga tiene.

¿Qué ocurre cuando en lugar de atenuar o, por lo menos, llevarlo al plano de la reflexión reforzamos sistemáticamente este carácter?. ¿Estamos contribuyendo a la reducción de su consumo? ¿no estaremos reforzando y alimentando su atractivo no consciente? Y además ¿qué ocurre en el plano de la sociedad en el sentido práctico?

Un ítem: Uno piensa en drogas y casi inevitablemente piensa en campañas antidrogas. "La droga es un viaje de ida, no te subas". Si se trata de hacer mensajes bien intencionados, creo que cada uno de nosotros puede tirar 20 o 30 frases que lo harán sentir bien con su conciencia y de paso le darán la ilusión de que va a quedar bien ante la sociedad. ¿Eso coincide con el objetivo de bajar los índices sociales del consumo de droga? Por ahí no sirve. Por ahí la buena intención (muy entre comillas) a veces existe y a veces no es nada de buena intención. "La droga es un viaje de ida" ¿y si los chicos (digo los chicos pero, por Dios, dejemos el término!) y si el adicto quiere irse?. Tomo el ejemplo al vuelo, no sé si es el más feliz, porque a menudo las llamadas campañas antidrogas están montadas sobre ese carácter: objeto maléfico, daños, pérdida, transgresión "

Ahora bien, consciente o no conscientemente por ahí el gran gancho, el gran nexo, el gran estímulo, está en aquello que el objeto transgrede o permite transgredir.

¿Cómo pensar en mensajes efectivos que hagan hincapié en ese aspecto?. Aquí entraríamos en otro tema que sería "motivaciones, propósitos ocultos de las campañas", o no tan ocultos. Una campaña antidrogas, "Sol sin drogas" pongamos por caso, qué objetivo primero persigue: 1) reducir los márgenes de consumo de la droga en todos los sectores sociales, 2) reducir los márgenes de consumo en algunos sectores, 3) embellecer la imagen del emisor de la campaña, 4) Anexo al punto anterior: blanquear política o socialmente la imagen de los emisores de la campaña, etc., etc..

Acá entramos en la gran menezunda de la lucha antidrogas, de la lucha antinarcotráfico y todos los sinónimos que ustedes quieran poner. Digo "gran menezunda" porque a esta altura seguramente otra palabra no se me ocurre. No descarto, como dije antes, la presencia de gente bien intencionada, pero junto a esos sectores, obviamente el tema alcanza una dimensión tal que pone en juego dispositivos, intereses, que exceden muy ampliamente el consumo o la adicción a una sustancia potencialmente tóxica y lo que eso podría ocasionar. Si antes ya estábamos separando el objeto en sí puede ser considerado una percepción real, ahora nos alejamos definitivamente. Ahora entramos en dispositivos, relaciones e intereses que remiten al poder, que toma la nominación del tema droga como un objeto de poder y que en función de eso suele manipularlo, con las consecuencias conocidas, por lo menos en algunos casos.

Yo les hablé al comienzo de la charla, de la aprensión respecto de la mención o el discurso alrededor de la droga y es obvio que buena parte de las aprensiones se fundan en este territorio. El de las campañas es uno, y tal vez no el más agresivo, por lo menos en términos físicos, tiene una carga de agresión simbólica porque juegan ahí también los dispositivos de integración o exclusión, esa es la historia.

Esa es la historia de la publicidad en TV, de todos los avisos y las campañas, toda la historia de la televisión misma: o estás adentro o estás afuera. La gran opción. Pero juega incluso a niveles más peligrosos, más sombríos y que involucran más daño social, si la palabra puede emplearse. Porque del presunto uso o manipulación política que un sector, un partido o un gobierno pueda hacer de una campaña, pasamos a dispositivos de manipulación y de coacción donde lo que está en juego no son sólo símbolos, son cuerpos, es la vida de la gente.

Y podríamos pasar de lo más pequeño o cotidiano, si la expresión cabe, que es toda la carga de persecuta, de coacción y manipulación que la llamada lucha antidroga conlleva, a la acción policial y aún a niveles más complejos. Podríamos pasar de la siniestra y tristemente célebre figura del agente encubierto popularizada en los medios a partir del caso Cópola, el affaire Bernasconi y demás, y todo lo que esa figura representa, es decir la conversión mágica del delito en ley por la acción antidroga, he ahí un objeto mágico y no macana. La conversión mágica o nominal (para el caso es lo mismo) de una acción delictiva que estos tipos practican en contra de la ley en nombre de la lucha antidrogas, he ahí el objeto mágico mitológico. Pero además la lucha antidrogas o antinarcotráfico, o como quieran llamarle, es incluso objeto del poder y manipulación del poder en niveles más complejos. Entonces la frase completa es: podríamos pasar de la figura del agente encubierto a la invasión de un país: Panamá, general Noriega, motivo por el cual el ejército norteamericano bombardeó la ciudad de Panamá, invadió Panamá rompiendo las reglas mínimas de la soberanía de una nación para la captura del presunto narcotraficante el general Noriega, a la sazón, eventualmente, por casualidad, presidente de Panamá.

Doy este ejemplo al boleo, sin rigor, pero para acentuar aquello que me preocupa: la lucha antidroga en nuestra sociedad, tal como está, se ha convertido en un auténtico matete donde está muy lejos de aquella primitiva caracterización que

podíamos hacer de "sustancia presuntamente tóxica, de determinadas características"". Estamos realmente frente a un objeto de poder. Eso es "la droga" en todo este tipo de actividades, que incluye a la llamada fuerza de seguridad, que incluye también la acción judicial y la acción del poder político. El objeto de poder llamado droga, atraviesa todas esas instancias y no está sustraída a ninguna de ellas.

Estoy proponiendo a ustedes algunas puntas de reflexión, no es nada parecido a "propuestas para un futuro mejor", ni "cómo se zafa de esto". Mi reacción natural de aprensión y mi idea casi apocalíptica - que puede ser producto de una impresión, de un momento - de retirar la palabra sobre el tema, simplemente callarse la boca, es porque en determinado momento he tenido esta sensación de matete, de película que avanza, de pelota que no hace sino agrandarse, que alimenta bocas que no tienen que ver con la intención o presunción declamada.

Creo que el objeto droga ha avanzado, o tal vez con la lógica social misma que lo rodea, a zonas de manipulación, de persecución y a zonas de poder que no tienen encuadres clínicos, ni toxicológicos, ni nada por el estilo. Creo al mismo tiempo que sigue siendo un discurso, un objeto discursivo omnipresente recurrente en una porción considerable del discurso medial, en las campañas explícitas, pero también en los programas confidenciales, vivenciales, pero también en preguntas y respuestas, porque siempre hay que agendar un tema en todos estos programas y ahí está el tema drogas y el tema de los adictos como motivo recurrente.

Y también constituye una parte del paquete, la ficción propiamente dicha. La ficción sobre la droga suele estar presente en todos esos discursos, y me parece que es una ficción que no colabora (y no porque yo tenga una idea aséptica o superpositivista de lo que debe ser la realidad y la ficción). Como analista de los medios, no tengo más que admitir que hasta cierto punto ellas se entremezclan. Es la lógica de los medios. Pero hay márgenes y márgenes. Esta ficción de la película que corre alrededor de la droga me parece no contribuye a una reflexión un poco más lúcida, un poco más sincera, a una aproximación más franca de verdad al tema, despojada de tantos fantasmas, sin tantos visos apocalípticos, despojada de esa condición que parece adosársele al objeto droga: de "el objeto del mal". Inevitablemente, toda sociedad crece con ideas del mal (nos daría un gran laburo hacernos una idea del bien correlativa u opuesta), el tema es dónde se concentran esos sentidos. El objeto droga es un gran condensador de los mensajes maléficos de esta sociedad. Hay en esto una carga de ficción muy grande y a menudo no es una ficción desinteresada; eso me parece lo más terrible.

Creo que a la hora de hacer un diagnóstico genuino, piola, como dicen los chicos: "no careta, no trucho", más vívido sobre este tema, es inevitable pensar que todo esto ocurre en una sociedad que no en vano ha sido llamada sociedad de consumo. Se pueden trazar nexos en ese sentido: entre las instancias del consumo como fiebre tutelar y excluyente de esta sociedad y la instancia de la adicción. Y colateralmente un modelo que parece crecer en esta sociedad: el modelo tutelar.

Junto con una gran explosión de los grandes continentes conceptuales, de las grandes guías o relatos donde guarecerse, casi paralelamente vemos en el seno de los medios, que son lo más visible, que se transparenta cierto surgimiento del modelo tutelar: la gente tiene que ser aconsejada de todo, guiada en todo y enseñada en todo. El destinatario hipotético de este modelo bordea la condición de zombi. Del Dr. Socolinsky a los libros de autoayuda, pasando por cualquier rama de la religión, y no quiero entrar en ningún juicio agresivo, Uds. tienen ejemplos a granel de este modelo tutelar en el que por distintas vías nos vamos internando.

Me da la impresión que a veces, en el tema drogas, el modelo tutelar está en juego. ¿Cuándo? Cuando imagina la figura de un adicto inerme frente el demonio maléfico que se apoderó de su ser. Es una imagen para explorar en términos literarios al menos, la analogía entre presión satánica y adicción. Imagina un adicto inerme ante un demonio maléfico o bien imagina una masa de potenciales víctimas del flagelo de la droga inermes y desguarnecidos. Este modelo es peligroso. Si los que lo utilizan y usufructúan firmaran una garantía de sólo lo van a usar en casos de extrema necesidad, se podría discutir; pero el tema es que no lo usan en esos casos sino en todos. Y este modelo de pensar en un público idiota, inerme y desguarnecido, de pensar destinatarios desprovistos de raciocinio y voluntad, conlleva, en materia de manipulaciones sociales, una carga de peligro.

Estas dos puntas: la del tema del consumo y el modelo tutelar, las tiro para las noches de insomnio. Quiero decir que no están desprendidas inmediatamente de la película de la droga que intenté comentarles antes. Tiene, supongo, alguna conexión temática.

Si hablamos de adicción en términos sociales creo que nadie, ni los más acérrimos agentes especiales de la DEA, ni la abuela del juez Bernasconi, nadie, puede discutir que la adicción social más fuerte, la de mayor producción, y la que parece tener vínculos más sólidos entre el adicto y el objeto, no está incluida, por lo menos farmacológicamente, como relativa a la droga: es la teleadicción. Nuestra adicción a esa pantallita iluminada.

Si Uds. analizan las implicancias, no quiero decir ni en pro, ni en contra, sin ponerse apocalíptico, para el mundo mismo, no para un sector determinado de personas, sino para el mundo mismo que hoy tiene esa teleadicción, van a encontrar una proyección incluso insospechada. Nadie suele hablar de la adicción a la televisión. Será porque la televisión no permite referirse a su propia adicción. Vaya uno a saber. Gracias.

## **Preguntas y Aportes**

Al Dr. Somenzini Yo soy docente, en la escuela donde estoy no hay problemas aparentes de adicción. Pero usted habló del padre, de la importancia de la imagen paterna como imagen primordial. Dijo que es muy importante para la formación tanto del niño como de la niña, la autoridad que debe ejercer el padre. No por el hecho de autoridad, sino por una autoridad natural, porque la madre cumple otra parte. También hizo referencia a que cuando el adolescente sufre sus pérdidas físicas, se le suma la pérdida de los padres que lo trataban como un niño. Yo me pregunto qué capacidad tenemos los padres en la cuestión del crecimiento. No en cuestión crecimiento intelectual. Me refiero al crecimiento como persona, como se fueron aceptando esos duelos. Porque uno encuentra problemas de conducta, que a lo mejor no llegan a la drogadicción, y no tenemos al padre para tratar esos problemas. Y aún estando el padre: si el padre no lo sufrió y no hizo su duelo en su momento cómo puede hacerlo con el hijo. Porque la teoría es teoría, pero la parte interna, eso que lo que el chico siente y lo que se transmite, que es verdadero. Entonces, rescato qué importante es el rol del padre; uno no tiene conciencia hasta que pasa un tiempo y como docente tiene que transmitir cosas y quizás ayude a reflexionar. Pero, ¿qué transmitir con respecto al rol paterno?

## **Dr. Somenzini:**

La pregunta lleva implícita una serie de cuestiones complejas. Es muy difícil hablar de transmisión o de enseñanza con respecto a lo que en una época se llamaba el cumplimiento de determinados roles que harían que los vínculos familiares sean más soportables, más coherentes. Hay una ruptura en los vínculos familiares notable, en relación al progreso de la ciencia, la tecnología, a la televisión, que crearían estas consecuencias.

Decías algo muy interesante, que asumir la paternidad es una cosa bastante complicada, porque por otro lado implica también una situación de duelo que es la de dejar de ser hijo. No es que pierda a su padre. Tal es así que hay un hecho muy interesante: que el varón, aún el que es capaz de asumir la paternidad, tiene cierto celo de la capacidad gestante de la mujer. A todo varón, aún capaz de asumir la paternidad, se le produce una condición de pérdida; con respecto a su mujer embarazada tiene cierta situación de celos, a tal punto que hay ciertas comunidades indígenas donde la mujer va a parir y el hombre se pone en cama, - tal vez han oído nombrar de esto -. Sería la exacerbación de lo que le pasa normalmente a cualquier hijo de vecina. La consecuencia es que en todo hombre cuya mujer está embarazada, si bien hay una cuestión de ternura y de posibilidad de asumir la paternidad, existe también esa condición que lo lleva a alguna situación de acting, de acto. Va a ocurrir irremediamente; por ejemplo, se comprará algo, o (no sé si esto es lo mejor o lo peor) tendrá una amante. Esto es una discusión que una vez tuvimos un grupo de analistas en relación a qué le pasaba al hombre con respecto a su mujer embarazada, todos (menos uno) confesaron de que efectivamente durante el embarazo de su mujer habían tenido una amante. Es decir que si la mujer estaba en esta situación de amorosidad ideal con respecto a un otro, y había una situación de traición, de infidelidad, es notable que pase esto, es decir que de alguna manera él tenía permiso para ser infiel. Uno dijo que no había tenido una amante pero se había comprado un auto. Su capacidad adquisitiva se lo había permitido; se dio cuenta después, qué clase de compulsión le había ocurrido que tuvo que empezar a visitar agencias de auto y comprarse uno.

Pero es fundamental, tu pregunta me hace repetir algunas cosas que dije, de que se retomen efectivamente ciertos roles de autoridad. Alguien llamado padre, pero no es que sea necesariamente el padre en el sentido de la realidad. Si está el padre, tiene que ser él quien lo asuma; si no está hay que inventarlo, ésta es la cuestión estructural. Hay que inventar a alguien que tenga la autoridad del padre porque es quien va a dictar la ley y esta es la famosa ley del deseo, que en realidad (y de esto deslizó algunas cosas mi compañero) el deseo es un deseo en transgresión, es necesario matar al padre y transgredir la ley para poder asumir esta situación de sujeto deseante, deseo que será siempre insatisfecho, pero esto es la vida misma de todo sujeto: es ser un sujeto deseante aunque el deseo sea insatisfecho. Esta es la gran paradoja.

Por lo tanto, esta pérdida de autoridad tiene mucho que ver con el progreso de la ciencia. Esto es notable, por ejemplo, en los embarazos de mujeres a las que se les implanta un óvulo en el útero, van a nacer hijos sin padre: esto es efecto del progreso de la ciencia. La televisión misma, como decía mi compañero, del cual efectivamente se puede ser o indiferente o adicto, no tiene nada de malo ser adicto a la televisión, también tiene que ver con este progreso de la ciencia. Pero no podemos nosotros como analistas ir en contra del progreso de la ciencia, ni del progreso de la tecnología, ni del progreso de la televisión que es el progreso de la tecnología; sino que tenemos que admitir que la ciencia tiene un saber hacer extraordinario, de una eficacia extraordinaria. Entonces, no en contra de la ciencia, sino con la ciencia y con la televisión como está en nuestros días, yo diría que hay

un "reality show", un espectáculo. Desde el punto del psicoanálisis lo que no habría es ficción.

### **Lic. Daniel Briquet:**

Creo que se puede acordar incluso en el uso del término códigos. Lo que marqué es que una tendencia de la cultura moderna hegemonizada por la televisión es por aproximar ciertos límites de la ficción con los de la realidad y a veces hasta mixturarlos. En otro sentido, creo que la veta psicoanalítica, por lo menos en una de sus corrientes, tiene un filón muy fecundo en todo lo que ocurre en la televisión hoy porque se dan fenómenos de hiperrealidad.

### **Dr. Somenzini:**

Es correcto. Uno podría decir que la cultura posmoderna sería esta hiperrealidad. Lo que efectivamente está fallando es la ficción, la ficción que da el fantasma, la ficción que da la fantasía. Esto antes se daba en los barrios, las "Samantas" antes estaban en cualquier barrio, dos vecinas se ponían a hablar de quién andaba con fulano, con mengano, quién se embarazó y quién no, quién se hizo un aborto o no, y esto aparecía como novelado, como ficcionado; la realidad muestra la droga como mal, como satanización y la Samanta como una hiperrealidad que nos deja absolutamente atónitos, que nos impide toda posibilidad de fantasmaticar y ficcionalizar la cuestión al estilo de la novela. Creo que las telenovelas bien hechas cumplen un rol social muy eficaz. Yo no soy adicto de la televisión; podría ser adicto a las telenovelas, como era a la radionovelas.

### **Lic. Daniel Briquet:**

Creo que uno de los problemas en término de inquietud, empieza cuando el paisaje, la realidad o el producto de los géneros que uno podría calificar como realistas - telediarios, programas de reportajes, reality shows y demás - empiezan a tomar tonalidades del melodrama. Entonces como que la ficción pierde localización y uno puede encontrarse con un melodrama en la mitad del telediario, porque el registro televisivo empieza a funcionar con el código "melodrama" de modo casi difuminado, y es una tendencia propia de la tele que los géneros tiendan a contaminarse y a interpenetrarse con todas las consecuencias apreciables.

### **Dr. Somenzini:**

Volviendo al tema del padre, creo que efectivamente se debe recuperar esta autoridad paterna. La palabra del padre tiene que tener autoridad, tiene que tener peso, porque es el que dicta la ley del deseo. Uno puede decir que la ley es el deseo mismo; todo esto es absolutamente bíblico y el deseo es el deseo de transgresión de la ley, pero simbolizado. En las campañas antidrogas yo diría que en realidad hay una promoción de la droga, vamos a decirlo en términos absolutos y claros. Cuando se dice "la droga es basura", en la fantasía de cualquier adolescente dice "pero esto debe ser la hostia".

### **Lic. Daniel Briquet:**

Los grupos punk, cuando escuchan que la droga es una basura, entran en eso.

## **Dr. Somenzini:**

La droga es basura y está prohibida y la campaña tendería justamente a prohibir la droga. Esto debe ser lo atractivo, esto debe ser lo fantástico, esto como el baño, si hay algo atractivo para el adolescente o para el niño es el baño, porque ahí precisamente se da la posibilidad de todos los goces. Justamente las madres le dicen a los chicos "no te quedés tanto tiempo en el baño", si el chico escucha esto debe decir "realmente allí debe haber algo fantástico".

Por eso, a lo mejor, cuando usted habla de la autoridad, está un poco desfasada la televisión, porque a lo mejor no se escucha al padre o no se dialoga, y lo miran todo y toman todas las imágenes que nos da la televisión.

## **Dr. Somenzini:**

Justamente. La autoridad paterna debería ser esa voz escuchada, para poder instalar esa ley. Pero el padre está muerto, se habla del asesinato del padre. Pero es peor: no está, aparece como humillado. Un padre humillado es como que no puede ser muerto, no puede ser matado, es como un padre que ni siquiera es digno de ser muerto y para que dicte la ley, recuerden el mito de Totem y tabú, que justamente es el asesinato del padre. Entonces, esta sería la hiperrealidad que la televisión muestra, cualquier Pergolini o cualquier Tinelli, más allá de la destreza que creo que tienen en sentido televisivo, aparecen como padres, como lugar del ideal. Es el lugar del ideal simbólico de la autoridad paterna. Esa autoridad tampoco tiene que ser compacta y masiva porque entonces nos vamos al ideal totalitario, como cuando el padre pasa a ser Hitler. Pero sí debe permitir que este padre simbólico infunda un rasgo, un trazo, de identificación. Que pueda haber una clara definición de los sexos; sólo este padre simbólico es el que hace a la famosa frase: "qué quiere una mujer"; es él quien hace que una mujer pueda asumir la femeneidad y que un hombre pueda asumir los emblemas de la masculinidad. Si el ideal pasa a ser Tinelli o Pergolini por supuesto que esto va a ser efectivamente un matete.

- El chico lo hace en la fantasía y no con la persona que lo tendría que hacer. Ahí hay un desfasaje muy importante para su formación.
- Se podría relacionar algo de esta muerte del padre o falta de la autoridad con el lugar que les toca a los docentes en este malestar. El malestar que ellos perciben y viven durante todos los días en relación con sus alumnos. Este lugar difícil de la crítica, de la palabra que no vale, en relación a sus propios pares, en relación a otros estamentos dentro de la escuela.
- Yo todavía no soy padre, pero como docente, tengo 23 alumnos que me creen padre, la figura del padre pasa por mí.
- Hace dos semanas aparece una foto mía dentro del aula, en donde estoy en una fiesta tomando. Tengo la suerte de participar en la comunidad, en este caso fue una fiesta. Pero para el chico que tiene el padre alcohólico, a partir de esa foto ya no soy más la figura que tenía idealizada. Como hombre me equivoco. ¿Cómo llevo a explicarles eso?

## **Dr. Somenzini:**

Me parece que podemos tomar las dos cuestiones en relación a cuál sería la posición del docente como suplencia. Aunque haya padre, de cualquier manera va a ser puesto en un lugar paterno, en un lugar de identificación, ése es el lugar que

irremediamente va a ocupar un docente. Y si hay este desfallecimiento del padre en el caso de la mayoría o de algunos de los alumnos que integran ese curso, con mucha más razón el rol del docente es el de asumir y simular -esto es cierto- esa condición simbólica paterna. Ahora se habla tanto del suicidio de los adolescentes, yo hace tiempo que investigo sobre ese tema. Es verdad, ha habido en el mundo entero un corrimiento desde los adultos hacia los adolescentes, sin embargo siguen siendo todavía los adultos los que mayoritariamente se suicidan, los hombres mucho más que las mujeres. Las mujeres hacen más tentativas y los hombres tienen más suicidios logrados, las mujeres son más histéricas en todo esto. Pero la histeria no es una mala palabra ..... Me gustó la digresión en el discurso de Brigué, porque - aquí hay algunos que forman parte de la institución de prevención en donde doy seminarios y superviso permanentemente - a mí me ocurre lo mismo: que empiezo a hablar de una cosa, me desvío y termino en cualquier lado, no tengo después ni idea de lo que estaba hablando.

Decía que la histeria no es una mala palabra, de ninguna manera, hay dos aspectos de la histeria: una cosa es la histeria consagrada como patología, que el modelo visible podría ser Graciela Alfano por ejemplo, y otra cosa es una fase histérica, una previa de la femineidad, una mujer no se puede asumir como mujer deseable para un hombre, como un objeto deseable para un hombre, si no muestra una primera fachada, una máscara, por eso se maquilla, por eso esto de que "la mujer, como el indio, cuando quiere guerra, se pinta"; pero este pintarse, este maquillarse, esta máscara, que es histérica, es absolutamente lo que el hombre necesita para ser seducido, después el hombre necesita que a las doce de la noche la máscara caiga, "sacate el antifaz que te quiero conocer". Hay un primer instante donde es necesario la máscara y esta máscara es histérica, por lo tanto no es una mala palabra, es lo que promueve el deseo de un hombre.

Partiendo de la base de que todo entra por los ojos.

### **Dr. Somenzini:**

Por los sentidos, porque una voz también te produce el mismo efecto. La mirada es un lugar que nosotros los analistas llamamos pulsional por excelencia. La mirada es deseo, pero la voz también: el oído también es absolutamente pulsional. Una voz puede promover fantasmáticamente esta seducción histérica. Cinco sentidos, la verdad que Dios nos ha favorecido poco. Yo siempre digo que Dios hizo el mundo en seis días y el séptimo día descansó ¿y ahora qué está haciendo?, está vagando realmente. Ha cometido errores, por eso tuvo que mandar al hijo para ver si arreglaba lo que él había hecho y terminó que no arregló nada, estamos como estamos, pero debemos aceptar como estamos. Este es un punto clave que me parece podríamos compartir, la ciencia ha progresado, va a progresar, pero no podemos decir que paremos esto, creo que sí en parar y replantear las campañas antidrogas porque promueven el consumo de droga, pero no podemos parar el progreso de la ciencia. Tenemos que proponer un saber hacer de otra manera que retome el vaciado o la sepultura del inconsciente. Porque el hacer del progreso de la ciencia cierra al inconsciente. Nosotros tenemos que inventar un saber hacer que lo abra nuevamente; el inconsciente quiere decir deseo, represión, quiere decir la aparición de un sujeto para encontrar el equilibrio. Quiere decir que la histeria es buena en esta parte de máscara. Si la histeria queda absolutamente en histeria, pasaríamos a la patología histérica, y es un bien que sería "no tocar", se mira y no se toca.

Me falta completar la idea del suicidio de los adolescentes. Se dice que ha aumentado. Es cierto, pero suicidio adolescente hubo siempre. En 1910 Freud participa de un simposio donde el tema central era el "suicidio adolescente", es una hoja en donde dice algo espectacular, habla primero un educador y habla de la

función de la escuela con respecto a la prevención del suicidio en el sentido de que la escuela sería la autoridad, el lugar de la moral, etc. Habla Freud después y dice "no estoy de acuerdo en absoluto con lo que el docente ha dicho". La escuela duplica la situación familiar. Entonces el maestro, inevitablemente, aunque no te se lo proponga, va a tener una cierta imagen y una cierta función paterna y va a ser una figura de identificación; el niño dirá "quiero ser como el maestro". Pero que te hayan visto con una copa te hace absolutamente humano; no como un padre ideal y perfecto, que sería el padre moralista. No hay nada más nefasto que un padre moralista, no hay nada más nefasto que un padre que da consejos. Justamente la moralina, no hablo de la moral en sentido kantiana, sino de la moralina, no habilita de ninguna manera y dar consejos no sirve para nada. El padre se tiene que proponer en relación a que su palabra tenga autoridad que es muy diferente a definir lo que está bien y está mal, ser un especie de adalid del bien y del mal. Ser el dueño de poder censurar lo que está mal. La frase que yo suelo usar es: "padre que da consejos, más que padre es un b...."

### **Lic. Daniel Briquet:**

En conexión con esta idea está lo que llamo satanización. A veces la demonización del tema o el objeto impide una visión menos empañada y menos cargada de aprensiones míticas. El tema del alcohol, por ejemplo, yo recuerdo mi historia, mi crianza, haber probado alcohol de chico y haber empezado a tomar vino en la mesa a cierta edad no muy desarrollada, en ningún momento derivé en alcohólico a partir de eso. Me da la impresión de que a veces el discurso satanizador desarrolla una suerte de hipersusceptibilidad dañina porque lleva a poner en la mampara, bajo la lente del discurso profiláctico algunos objetos o costumbres que pueden formar parte de cierta cotidianeidad y que no necesariamente derivan en el abismo, en el apocalipsis. De ahí también ciertos temores y aprensiones a la "apología de un objeto del mal". ¡Uy en la canción tal, fulano nombra una "ramita", la "ramita"... no será una planta de Cannabis! " ¡paremos ! " no lo están escuchando idiotas descerebrados, lo están escuchando destinatarios, en este caso jóvenes que cada vez que optan algo hacen intervenir su propia elección, su propia onda, su propia reflexión. No necesariamente reciben de modo osmótico y mágico lo que se advierte por el discurso de los medios. Cuidado entonces, por un lado con la satanización, y por otro con la infantilización o la descalificación de los públicos y de los destinatarios, que un poco lo quise marcar cuando hablaba de modelo tutelar.

Esto es válido en cualquier circunstancia; hoy puede ser el tema droga, pero pueden ser muchos otros. Tengamos en cuenta que estamos frente a personas, no frente a objetos de nuestra manipulación. Aunque sea bien intencionada, la manipulación es manipulación. Si tenemos la coartada del buen propósito para ellos, es problema nuestro. Lidiamos con personas. Y a veces el discurso social nos pone en una instancia de una promoción ostensible de idiotez, no nos debe llevar a pensar que los destinatarios son inevitablemente idiotas. En otros casos yo me preguntaría ¿por qué no nos preocupa en esa dimensión la promoción social de la idiotez?, ¿por qué el leit motiv excluyente en nuestra preocupación es el tema droga? No le quito legitimidad ni dimensión, pero por qué no nos preocupa por ejemplo que se promueva socialmente la idiotez, ¿usted cree que no es dañina para cada uno de los destinatarios y para la sociedad misma, y para todos nosotros? Sí, lo es. "Bueno, pero en la idiotez no está afectado el cuerpo" podría decir un biólogo a ultranza. En ese caso por qué no nos preocupa análogamente el tema del alcoholismo donde sí está afectado el cuerpo y afecta a amplias capas de la sociedad, ¿por qué no?. Volvemos al matete, en eso supongo que estamos.

Yo quería dar un ejemplo de lo indecorosa que puede ser una adicción aunque no esté encuadrada en el ítem "droga". Es lo que yo acabo de hacer y lo que cualquier fumador más o menos consuetudinario por ahí hace. Se queda sin puchos y qué

hace, entra a hurgar el cenicero para ver si quedó un pucho con una longitud mínima que le permita seguir fumando. Es indecoroso por donde lo mire, es abominable y es una adicción pero no está caratulada como adicción.

Los panelistas le dieron duro a las campañas de prevención que salen con slogans. ¿Quieren decir que no se puede hacer este tipo de campañas?

**Lic. Daniel Briquet:**

Una cosa es hacer una campaña. Otra cosa es hacer este tipo de campañas. Campañas se pueden hacer con distintos propósitos. Lo que digo es que el grueso de las campañas en este género, tal como las veo planteadas, a mí no me despiertan muchas expectativas respecto a su eficacia porque no creo que tengan el propósito básico, el acento, en lo que dicen pregonar.

# Aspectos Médico-Toxicológicos en pacientes con adicción a drogas atendidos en Rosario

Piola, JC; Prada, DB. Jornada5

## **Introducción**

La adicción a drogas es uno de los problemas más extendidos en la cultura moderna<sup>6</sup>. (El término drogas se utiliza para denominar a cualquier sustancia química (medicamento o no) capaz de provocar adicción. El término adicción se utiliza para definir un patrón de conductas caracterizados por la necesidad imperiosa e irrefrenable de consumir drogas a pesar de los efectos adversos (psicológicos, médicos, sociales, etc.) que provoca<sup>7</sup>.

Se sabe que las drogas son una constante en todas las civilizaciones a lo largo de la historia de la humanidad. La sociedad de hoy tiene que convivir con la droga y su dramática complejidad sociocultural con el agregado de que en la actualidad hay más ofertas en los mercados mundiales por ser uno de los negocios más rentables<sup>8</sup>.

Las consultas realizadas en los Servicios de Toxicología por pacientes con adicción a drogas permiten caracterizarlos epidemiológicamente, conocer las modalidades toxicológicas regionales de esta problemática y adecuar los servicios de toxicología a esta realidad.

## **Material y métodos**

Se analizan 315 consultas (personales y telefónicas) realizadas en el Servicio de Toxicología del Sanatorio de Niños entre 1990 y abril de 1997 por pacientes con adicción a drogas<sup>9</sup>.

---

<sup>5</sup> Al no haberse registrado magnetofónicamente las conferencias de esta mesa redonda, el presente trabajo fue entregado a nuestro requerimiento por el Dr. J.C. Piola. Se aprecia que la estructura del mismo tiene diferente elaboración con respecto a las exposiciones anteriores, más coloquiales. Lamentamos no contar con el material de los restantes expositores, los Dres. Ezpeleta y Grilli que hubiéramos deseado incluir. (Nota del editor)

<sup>6</sup> Hoffman RS y Goldfrank LR. El impacto del consumo de drogas y de la adicción sobre la sociedad. Clínicas de Medicina de Urgencia de Norteamérica, Vol. 3/1990. Ed. Interamericana-Mc Graw-Hill. 533-49.

<sup>7</sup> O'Brien CP. Adicción y abuso de sustancias tóxicas. Goodman & Gilman. Las Bases Farmacológicas de la terapéutica. Mc Graw-Hill Interamericana. 1996. 595-617.

<sup>8</sup> Fernández, G. Prevención comunitaria de adicciones. SOS Farma (Sistema Orientativo de Síntomas Farmacoinducidos) Ed. V.D.B. SRL, 1995, 45-52.

<sup>9</sup> Piola, JC ; Prada, DB: Pacientes con adicción a drogas atendidos en un Servicio de Toxicología en Rosario, Argentina, 1990-1997. Trabajo presentado como Tema Libre en las VII Jornadas de Medicina Interna para el Litoral Argentino y III

El 70% de las consultas corresponden a Hospitales Municipales ya que los integrantes del Servicio de Toxicología cubren la especialidad a nivel municipal. Cada consulta representa un episodio de intoxicación (en el caso de un adicto crónico que puede ser atendido en varias oportunidades se registra una consulta y por el contrario, si un mismo paciente sufre varias intoxicaciones agudas, figuran más de una consulta). No se incluyen las consultas en que la motivación no fue clara, por ejemplo, algunos episodios de sobredosis de drogas son interpretados como intentos de suicidio.

La recolección de datos se hace según una tabulación adaptada a las necesidades regionales. Los datos de las fichas individuales son luego procesados por computadora.

Los datos analizados se agrupan para formar 4 ítems: paciente, tiempo, drogas y cuadro clínico. Referente a los pacientes se analiza edad y sexo. Referente al tiempo se analiza hora, día, mes y latencia ( tiempo transcurrido entre el momento de la intoxicación y el momento en que se consulta). Referente a las drogas se analizan características físicas, cantidad y tipo de drogas. Para el tipo de drogas usamos la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS10, con modificaciones, incluyéndolas en un único presentación, independientemente que sean medicamentos, no medicamentos o complejos (mezcla de medicamentos y no medicamentos). La cantidad de droga se midió de acuerdo al esquema de Done11 , con modificaciones:

<b>Cantidad</b>	<b>Comprimido o gránulos</b>	<b>Líquidos</b>
<b>Escasa</b>	hasta 5	1 trago
<b>Regular</b>	hasta 10	2 y 3 tragos
<b>Abundante</b>	más de 10	4 y más tragos

En el caso de polvos en lugar de tragos se consideran cucharadas soperas. Si la presentación del tóxico es vapor, gas, etc. o cuando no se puede determinar se considera cantidad "no determinada".

Referente al cuadro clínico se analiza vía de intoxicación, grado de la sintomatología, síntomas predominantes y tipo de curso de la intoxicación (aguda o crónica).

---

Jornadas Internacionales de Medicina Interna, 27 de junio de 1997. (Resumen publicado en Actas de las Jornadas).

<sup>10</sup> Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud. OPS. OMS. Publicación Científica N° 554. OPS 1995. Washington DC, 2da reimpresión 1997.

<sup>11</sup> Done AK: Envenenamientos por productos hogareños corrientes. Clínicas Pediátricas de Norteamérica. Agosto 1970. 569-82.

Se utilizan para la discusión resultados de otros trabajos epidemiológicos realizados por los autores pero no incluidos en el presente artículo.

## **Resultados**

Del total de 315 consultas por adicción a drogas, 155 fueron realizadas en forma telefónica y 160 personalmente en nuestro servicio, entre enero de 1990 y abril de 1997 inclusive. Resulta destacable que 222 consultas (casi el 70 %) corresponden a hospitales municipales.

El perfil del paciente que es atendido en nuestro servicio por adicción a drogas se conforma con los siguientes datos: el 75.87% son de sexo masculino y el 74.60% son jóvenes (entre 10 y 29 años). El 51.71% de los pacientes consumen las drogas entre las 18 y 24 horas con otros "picos" entre las 10 y 14 horas (15.68%) y entre las 2 y 6 horas (15.67%). El 46.18 % de los pacientes consultan antes de haber transcurrido 2 horas de la administración. La cantidad de droga utilizada, cuando se conoce, es abundante en el 78.42% predominando más de una presentación (25.72%), líquidos (21.59%) y polvos (21.59%). El tipo de drogas utilizadas varía desde estimulantes (fundamentalmente cocaína) (28.58%), sustancias complejas (mezcla de medicamentos y no medicamentos) (24.13%) hasta el alcohol (15.55%). Con menor frecuencia otros medicamentos, tranquilizantes, mezclas de medicamentos, etc. Las vías más frecuentes de administración son oral (46.35%), inhalatoria (21.90%) y más de una vía (21.27%). Entre los pacientes que cursan con síntomas predominan los síntomas neurológicos (63.81%) en el 86.35 % los síntomas son leves o moderados. Hubo dos pacientes con síntomas letales (0.63%). El 84.44% de las consultas son por cuadros agudos.

## **Discusión**

El problema de las adicciones es un tema complejo que incluye numerosos enfoques (éticos, jurídicos, médicos, sanitarios, psicológicos, sociales, socioculturales, etc.). Nuestro aporte se hace desde los aspectos médicos toxicológicos sin desconocer la importancia del abordaje multidisciplinario. Desde esta perspectiva, el paciente adicto a drogas tiene un perfil diferente al que encontramos en otras intoxicaciones de distintas motivaciones. Por ejemplo, en los accidentados existe leve predominio de sexo masculino, más de la mitad de los pacientes son menores de 10 años, la mayoría de las veces consumen escasa cantidad de tóxicos, en horarios diurnos, especialmente alrededor de las 12 y de las 20 horas, en casi el 70 % el cuadro clínico es asintomático<sup>12</sup>.

El perfil de los pacientes que realiza tentativa de suicidios (TS) se conforma con mayoría de personas jóvenes (75 % entre 15 y 40 años) y de sexo femenino (75%), las horas más frecuentes son entre las 10 y 24 horas con un pico a las 22 horas, un elevado porcentaje de los pacientes utiliza cantidades abundantes de tóxicos y concurren o son llevados más tardíamente a la consulta lo que determina que los cuadros clínicos sean frecuentemente sintomáticos y más complejos que lo que sucede en los accidentes<sup>13</sup>.

---

<sup>12</sup> Piola JC, Prada DB.: Intoxicaciones atendidas en Rosario, Argentina 1990-1994. Trabajo presentado en las "Jornadas Internacionales de Pediatría y Adolescencia", organizadas por el Sanatorio de Niños, Rosario, agosto 1995.

<sup>13</sup> Piola JC, Sánchez NA, Serravalle L. Tentativas de suicidio (TS) con tóxicos en ancianos en Rosario. Rev. PAMI Científico N° 11, 1993, 49-62.

En el caso de los pacientes adictos el comportamiento en cuanto a la cantidad de tóxico y grado de sintomatología es similar a las TS, pero difieren en el sexo (75 % masculino) y en los horarios de la intoxicación y la latencia menor hasta la consulta. Respecto a la vía de ingreso de la droga, el 51.42 % de las consultas corresponden a vía inhalatoria, parenteral o más de una vía (y a diferencia de lo que sucede en los accidentes y TS con tóxicos donde el porcentaje mayor corresponde a la vía oral). Desde el punto de vista toxicológico es remarcable que estas vías de administración son muy rápidas y no permiten la recuperación del tóxico o droga administrada, uno de los pasos importantes en el tratamiento de todo intoxicado. Además las vías parenterales son responsables de muchos cuadros sépticos y constituye una de las vías de contagio del SIDA más frecuentes en nuestro medio.

El 84.44 % de los pacientes adictos a drogas atendidos en el período analizado corresponde a episodios agudos, especialmente sobredosis. No hemos medido la frecuencia de aparición de síndromes de supresión pero conocemos que es baja. Muchas veces los pacientes alegan síntomas subjetivos que atribuyen a supresión (a veces buscando que se les administren psicofármacos) pero que no se pueden considerar como tales. La excepción a este comentario lo constituyen los opioides en los que el síndrome de abstinencia frecuentemente es severo.

Nos interesa considerar el tipo de drogas utilizada que en nuestro caso no sólo depende de la oferta externa sino de la capacidad de provocar alteraciones agudas en el estado de salud. Desde este punto de vista probablemente la sustancia que más cuadros agudos provoca es el alcohol, si bien esto no se refleja en nuestros datos (sólo 15 % de las consultas) debido a que se nos consulta poco por varias razones, como que por su frecuencia es conocido el tratamiento, es mal valorado el riesgo de provocar cuadros graves e incluso porque a los alcohólicos no se los considera adictos y/o intoxicados. La sustancia individual más frecuentemente involucrada es la cocaína (95 % de los estimulantes que representan el 28.58 % del total). Este es un ejemplo respecto a la influencia doble de la oferta externa (aparentemente muy elevada para esta droga) y la posibilidad de producir síntomas por sobredosis que alarman al usuario y determinan consulta a servicios de emergencia. De hecho los dos casos letales ocurridos en nuestra revisión corresponden a esta sustancia y también cuadros neurológicos y cardiovasculares complejos. En un paciente se produjo rhabdomiólisis. De acuerdo a la CIE la cocaína se encuentra entre los medicamentos y el alcohol entre los no medicamentos.

Así las sustancias complejas (mezcla de medicamentos y no medicamentos) constituyen el segundo grupo de frecuencia (24.13%) pero considerando más de una droga (incluyendo mezcla de medicamentos -7.30%- y mezcla de no medicamentos -1.59%-) representan el 33 %. En los casos que se consigna una sola droga es frecuente que no se hayan valorado adecuadamente otras administraciones, por ejemplo los adictos a cocaína casi siempre la consumen asociada a depresores del SNC, especialmente alcohol.

Los cuadros clínicos y el tratamiento de estas ingestiones múltiples son siempre complejos. Cuando ingresan los pacientes excitados el uso de tranquilizantes puede potenciar los efectos del alcohol u otros depresores y determinar comas más o menos profundos. A pesar de lo difícil que resulta esta situación en una sala de guardia (paciente agresivo, irritable, excitado y ahora frecuentemente HIV +) nosotros sugerimos conductas cuidadosas en cuanto a la sedación farmacológica, especialmente si no se dispone de UTI. En muchas partes del mundo se está observando esta tendencia al abuso de drogas múltiples, es decir el uso de diferentes sustancias simultánea o consecutivamente, o bien de manera aleatoria, de acuerdo al capricho, la disponibilidad y las fuerzas del mercado. Este multiuso es

más frecuente en los jóvenes que incurren en un fuerte abuso de drogas y viven en aglomeraciones urbanas<sup>14</sup>.

En esta revisión la frecuencia de cuadros agudos por marihuana es mínima, lo que probablemente refleje su menor toxicidad aguda con respecto a otras drogas más que a su menor oferta o consumo.

Si bien en este trabajo no diferenciamos la adicción a drogas legales (por ejemplo alcohol) de las ilegales (por ejemplo cocaína) es importante considerar que en las drogas ilegales la presencia de adulterantes y sustitutos pueden complicar la interpretación y el tratamiento de la sintomatología originada. Una gran variedad de contaminantes y microorganismos en las soluciones inyectadas pueden provocar reacciones corporales extrañas y diversidad de trastornos infecciosos. Los términos adulterante y sustituto a menudo se intercambian. Un adulterante es una entidad química que se agrega a propósito en una preparación callejera para diluir el ingrediente activo y aumentar el volumen, o es un contaminante olvidado inadvertidamente en la formulación durante el proceso clandestino de fabricación.

Un agente sustituto es un compuesto con propiedades físico químicas y farmacológicas similares a las del ingrediente activo que se quiere utilizar y que se usa en su lugar en las formulaciones callejeras <sup>15</sup>.

Por definición la adicción a drogas es un padecimiento crónico. Los datos respecto a la evolución aguda o crónica reflejan el tipo de intervención (en sobredosis, en abstinencia, etc.) de nuestro servicio en esta problemática más que la evolución de la adicción en los pacientes. En el 15.56 % de los casos considerados crónicos representan otro tipo de intervención como tratamiento de deshabituación o desintoxicación previo al ingreso a algún programa de rehabilitación o simplemente demanda de pacientes y/o familiares en busca de una curación de su adicción.

Cuando la primera consulta es realizada en nuestro servicio valoramos el estado de salud actual y orientamos hacia las distintas opciones terapéuticas disponibles en nuestro medio. De acuerdo al tipo y grado de la adicción nuestra participación posterior puede ser más o menos importante. A nivel de los Hospitales Municipales utilizamos los recursos existentes en cada hospital y atendemos de acuerdo a la demanda de los pacientes. El Hospital de Emergencias Clemente Alvarez concentra la mayor cantidad de pacientes con sobredosis en cambio en los otros hospitales de adultos (Alberdi, Carrasco, Roque Sáenz Peña) además hacemos tratamiento de deshabituación o desintoxicación. Hasta una época reciente en Sala 1 del Carrasco se atendían especialmente pacientes con HIV en estadios avanzados de su enfermedad.

La magnitud del problema de la adicción a drogas a nivel local, nacional o internacional es difícil de precisar pero se supone muy importante. Aunque no se sabe cual puede ser el enfoque más adecuado para contribuir a disminuir este problema (las soluciones van desde la legalización y despenalización hasta la "guerra contra las drogas") es obvio que se están destinando más recursos al tratamiento de las complicaciones de los adictos a drogas que a su prevención o al tratamiento de sus causas.

---

<sup>14</sup> Gossop M y Grant M. Prevención y control del abuso de drogas. OMS, Ginebra, 1990

<sup>15</sup> Schauben JL, Adulterantes y sustitutos. Clínicas Médicas de Medicina de Urgencia de Norteamérica, Vol3/1990. Ed. Interamericana-Mc Graw-Hill. 685-702.

El problema de las drogas no es un fenómeno pasajero. Sus repercusiones sanitarias y sociales son tan considerables que menoscaban gravemente el estado de salud y la esperanza de vida de importantes grupos de población, así como la economía y la política de todo un país. Como se mencionaba en párrafos anteriores, no hay acuerdo sobre las normativas y las medidas más eficaces para controlar y cambiar de signo esa situación pero para darles una base racional habría que tener en cuenta los grupos expuestos a riesgo, las sustancias involucradas y los efectos del uso de éstas. Estos factores cambian constantemente por lo que es esencial vigilar las tendencias epidemiológicas regionales. Los estudios aislados o transectoriales no indican la evolución de las tendencias.

Nuestro aporte tiende a mejorar el conocimiento de este problema en nuestro medio y contribuir a buscar soluciones interdisciplinarias adecuadas.

# Importancia de lo grupal en la prevención

DR. Osvaldo Guisen

Dr. Jorge Marchetti

Dra. Cristina Rasini (Coordinadora) Jornada16

Cristina Rasini

Hoy vamos a tener el placer de escuchar a dos profesionales con mucha experiencia en el tema de los grupos, que son los doctores Osvaldo Guisen y Jorge Marchetti, quienes están trabajando en el tema desde el comienzo de la experiencia de Pichon Rivière en nuestra ciudad. Ellos nos hablarán de la importancia de considerar lo grupal como instancia terapéutica en las adicciones, especialmente en los jóvenes y con particular referencia a los estudiantes. Comenzará el Dr. Guisen.

## Osvaldo Guisen:

Las drogas son un tema que inquieta a la sociedad. Ustedes van a ver cómo el tema de los jóvenes a medida que vamos hablando de estas cosas aparece siempre como un tema más inquietante todavía, todo esto es inquietante pero si es con jóvenes es más inquietante todavía.

Son temas sobre los cuales nos interrogamos y somos interrogados todos los días. Y desde hace miles de años hay dos maneras de encontrar respuestas: una la hipocrática y otra la socrática. Podríamos ya hacernos una pregunta: ¿para prevenir debemos aparecer con ciertas certezas en relación con lo que suponemos saber como verdades inmutables? Ésta es una de esas preguntas que hacen algunos periodistas, son preguntas que ya vienen con respuesta. Sabemos que no. Entonces yo les propondría tratar de encontrar respuestas de otra manera, que implica una manera de encuentro ¿con qué? Yo voy a decir en principio con algo que tampoco es ingenuo, aunque lo parece: con palabras, con miradas, con gestos. ¿Qué quiero decir con esto? Voy a intentar hacerles un esbozo en términos muy generales y empezar a hablar de lo grupal y ver entonces hasta dónde llegamos con esto de la prevención y los grupos.

En 1923 Freud escribió un libro absolutamente ejemplar que se llamó "Psicología de las masas y análisis del yo". En este libro Freud habla de los efectos de la sugestión, de los fenómenos de liderazgo en relación a las masas. Afirma que no basta alguien que tenga características de líder y que se proponga como tal para serlo, sino que tiene que poder estar en el lugar de un vacío de ese líder, tiene que poder ofrecer lo que los otros esperan, sino la cuestión del liderazgo no funciona.

Cuando uno está en una situación de masa, por sugestión aparecen una serie de fenómenos de lo más interesantes. Decía Freud que entonces "disminuyen las funciones yoicas": es esto de que nos volvemos más tontos. Todos hemos experimentado en algún momento una experiencia de masa, sabemos que nos atontamos, hacemos cosas que habitualmente no haríamos, sentimos una sensación de hermandad en relación a los otros que cuando termina ese fenómeno

---

<sup>16</sup> Mesa redonda desarrollada el 21/06/98 en curso para docentes organizado por CePA

suele disiparse. Si hiciéramos una lista de toda una serie de fenómenos que nos ocurren en relación a nosotros mismos, a nuestra fascinación con respecto al líder, nos encontraríamos con una sorpresa: nos pasan las mismas cosas que cuando nos enamoramos. Ustedes vieron que cuando nos enamoramos nos volvemos más tontos y cuando hablo de enamoramiento me estoy refiriendo al "metejón", no al amor. Nos volvemos más tontos, las personas decimos "no me puedo concentrar en nada, solamente pienso en..", hacemos cosas que habitualmente no haríamos. Nos pasan una serie de fenómenos que son del mismo mecanismo que cuando participamos de un fenómeno de masa.

Esto no tiene que ver con lo grupal en el sentido que estamos hablando. Pero hay una primera aproximación a los fenómenos de masa y hago hincapié en este fenómeno de la sugestión porque en realidad sin sugestión no hay nada. Por ejemplo Cristina, presupongo, hace un intento de sugestión con ustedes para que nos escuchen a nosotros, "vieron que estos tipos saben" y ustedes tienen que suponer que sí, por lo menos para que en un principio puedan empezar a escuchar.

Hay como una cierta suposición. Nosotros sin sugestión no tendríamos nada. Cuando pensaba en esto me acordé de un ejemplo que daba Enrique Pinti que hablaba de cuando uno viaja a Europa, llega a Roma y ve el Foro Romano. El Foro Romano realmente está absolutamente destruido, son cinco piedras acumuladas; pero uno va allí y el guía dice "por acá caminó Julio César" y uno siente "¡Fa, estoy caminando por las mismas piedras por las que caminó Julio César!" y aunque está arriba de cinco piedras rotas (que si a uno no le dijeran eso no siente ninguna emoción) se emociona, ¿por qué? por sugestión. Nosotros no veríamos ni la belleza, ni nos enamoramos, ni nos atraería tal o cual persona, sin estos fenómenos de sugestión que no son poca cosa y que tienen mucho que ver con esta cuestión que nos convoca a nosotros acá. La sugestión es excepcionalmente poderosa, hace que ciertos síntomas cedan, hace que ciertos síntomas existan. Y ni hablar de los adolescentes, por las propias características que tienen: la necesidad de una identidad, la necesidad de ideales, la tendencia permanente a la idealización. Porque todos, pero los adolescentes en particular, necesitan para su desarrollo, grupos de pares, que en el caso de la adolescencia, por primera vez son grupos extrafamiliares, por primera vez lo extrafamiliar pasa a ser lo más importante en su vida. Entonces esta cuestión de la sugestión es importantísima porque entre otras cosas corre el riesgo de quedar alienado. Típica de los adolescentes es la posición entre hiper-idealizaciones y escepticismo recalcitrante. El cuerpo, la ropa, los códigos, el "cómo se debe ser", cómo no se debe ser, cómo hay que parecer. Estas cosas funcionan con frecuencia como una dictadura; hay un fuerte sesgo cultural que impone estas cuestiones. Uno busca su identidad y todos se terminan uniformando con "Uniform". Pero sí, es cierto que los grupos pasan a ser su nueva matriz, donde habrá un espacio o no para preguntarse por su propia problemática: por el cuerpo, por el sexo, por la desocupación, por los ideales, por la drogadicción.

Hago una breve explicación técnica y no quiero caer en el tecnicismo. Una autora que se llama Ana María Fernández dice, y tiene razón, que lo que arma un grupo son las representaciones imaginarias. Esas representaciones imaginarias son el "algo más" de los miembros que componen un grupo, es decir no es sólo la suma de los miembros de un grupo, sino es lo que sin darse cuenta uno provoca cuando participa de un grupo. Esas representaciones imaginarias son las identificaciones, los mitos y las ilusiones grupales.

- Las identificaciones tienen que ver con esto que hacemos muy primitivamente las personas: ir tomando rasgos en un principio de nuestros padres, luego sucesivamente de otras personas, que van a conformar algo que en Psicoanálisis llamamos ideal del yo. Ese juego de identificaciones que no cesan

nunca en nuestra vida, esa trama, va a ser una de las instancias que va a armar un grupo; va a ser parte de la estructura de un grupo.

- La otra instancia que va a armar y que va a ser parte de la estructura de un grupo son los "mitos grupales". Todos sabemos lo que es un mito: es una historia sobre los orígenes que independientemente de ser cierta o no, todos la sentimos como cierta. Pensemos simplemente en nuestra familia y nos vamos a encontrar con nuestros mitos. A nosotros nos han transmitido: somos así, somos de esta manera, no somos de esta otra, no nos parecemos a esta familia; nos llenan con un emblema, con un sesgo, es algo que nos arma y que nosotros lo llevamos a un grupo y en la medida en que en ese grupo participemos, tenga su recorrido, ese grupo va a empezar a tener su propia mitología. Basta con que nos encontremos con nuestros compañeros del secundario y reaparece la mitología grupal, "te acordás la vieja de geografía." y aparece una historia mitológica: recortes, olvidos, jerarquización de algo, que pasa a ser la verdad. Es como es siempre en la historia: una interpretación de una interpretación de una interpretación.....
- Por último, otra de las instancias que van a estructurar un grupo, son las ilusiones grupales. Las ilusiones grupales son del orden de la creencia, como toda ilusión: lo que quisiéramos ser, cómo creemos que nos ven, a dónde suponemos que podemos llegar, cuán capaces o no somos, etc. Entonces nos encontramos con que si lo que estructura un grupo son una trama de identificaciones, los mitos y las ilusiones, todo esto tiene que ver con las vicisitudes del deseo y esto es un fenómeno que con frecuencia cursa inconscientemente. No es algo que nosotros tenemos en cuenta, nos ocurre más allá de nuestras intenciones. Con todo esto participamos de un grupo y a la vez el grupo produce todo esto.

Si estamos hablando de todas estas características de lo grupal como un lugar posible donde podemos encontrar respuestas que no sean recetas, justamente por esta cuestión de la sugestión, de las características de un grupo, de lo que pasa a los adolescentes en particular, resulta que se pueden armar dispositivos grupales, que ya no están al servicio de la alienación o al servicio puramente de la sugestión, sino que al servicio de la jerarquización, diríamos los psicoanalistas en nuestra extraña jerga "al servicio de que nosotros accedamos a la simbolización". ¿Qué significa? Justamente lo contrario a la palabra adicción. A-dicción es falta de dicción, no poder acceder a la palabra. Es ponerle palabras, simbolizar lo propio. Una de las cuestiones fundamentales y propias del ser humano: poder simbolizar algo del orden de aquello que nos pasa. Eso produce un fuerte efecto de desalienación. Ese sólo hecho produce un efecto terapéutico.

Es un trabajo a partir de ciertos dispositivos, en relación a lo grupal, donde existe una excepcional chance de encontrar lo que nos es propio, lo contrario de alienar. Porque en un grupo uno encuentra, en las palabras del otro, sus propias palabras, por este efecto de la identificación. Un dispositivo grupal es una trampa para encontrar el propio decir. Porque cuando hablamos distraídamente, hablamos de más, decimos con frecuencia lo olvidado y por ahí también encontramos lo perdido, porque empieza a surgir lo que nos es propio y uno aprende a escuchar y escucharse, aunque no sea en el sentido que usamos habitualmente la palabra "aprender".

Por supuesto que en esto que estoy diciendo hay algo de ideológico y la propuesta de una manera de trabajar, una manera de pensar y de encontrar algo del orden de lo previsible. Que tiene como característica bastante inquietante que si uno escucha, si uno da lugar a otro, si uno se des-aliena, si uno se piensa y se repiensa, ustedes se darán cuenta que esto funciona bastante en contramano de los sesgos

culturales de la época, por eso entre otras cosas también es inquietante. Es como lo de Sócrates. Entonces no es casualidad, por ejemplo, que en los años de plomo una de las cosas prohibidas fueran los trabajos grupales. Prohibido de toda prohibición. Esto de juntarse a pensar, y más si se trataba de jóvenes, era una situación de alto riesgo, porque uno empieza a salirse de la mitología que le meten en la cabeza, mejor dicho, de ciertas ficciones: "Estado chico, país grande", "si sos flaco y tenés tal objeto sos un triunfador".

Para terminar. Hay dispositivos grupales, de los que seguramente después el Dr. Marchetti les podrá hablar más puntualmente. Cuando Freud fue a Estados Unidos a principios de siglo le ocurrió esto que está tan en boga ahora: le hicieron un reportaje. Entonces le preguntaron la receta: "Dr. Freud ¿qué es estar sana?", y este viejo le contestó aparentemente en forma ingenua (al modo de Sócrates), pero que de ingenuo no tenía nada: "bueno, alguien es sano si tiene capacidad de trabajar, si tiene capacidad de amar y si tiene capacidad de crear". Uno dice "bárbaro, más o menos nos la rebuscamos". Si la pensamos dos veces ustedes van a ver que es inquietante la respuesta:

- Capacidad de trabajar no es tener un trabajo; es algo más que tener un trabajo. Es la posibilidad de hacer sobreesfuerzos en un determinado momento, no estar alienado en el trabajo, capacidad de trabajar es poder hacer un determinado recorrido o tener una determinada producción, que uno pueda pensar, etc., etc.
- Capacidad de amar no es querer a alguien. Para querer a alguien no necesitamos hacer ningún esfuerzo, nos sale. Capacidad de amar es tener la posibilidad de algo que hacemos en los grupos: llegar a ponernos en el lugar del otro, renunciar por un instante aunque sea a nuestra propia posición y poder ver las cosas desde el otro lugar. Entre otras cosas, eso es capacidad de amar.
- Capacidad de crear. Nosotros que tenemos tal facilidad para repetirnos. Capacidad de crear significa posibilidad de que surja algo nuevo, una nueva mirada, un nuevo gesto, una nueva palabra. No necesitamos ser artistas; si podemos hacer algo artístico mejor porque va a estar adornado por lo estético. Pero es muy difícil hacer algo nuevo. Las personas tendemos a repetirnos.

Por último, quiero destacar que Argentina tiene una enorme tradición grupalista que viene desde hace muchos años. Creo que, por distintos motivos, esta cuestión de lo grupal no fue lo suficientemente comentada o lo suficientemente interrogada. Creo que los especialistas en grupos tenemos muchas cosas que decir. Así como dije que en los años de plomo estaba prohibido esta cuestión de los grupos, que estaba prohibido pensar, yo les hago una propuesta: no sólo que nos animemos a pensar sino que también nos animemos a recordar, porque sin eso no podemos hacernos nuevos planteos. Gracias.

### **Cristina Rasini:**

Quizás lo grupal no solamente está poco pensado sino poco practicado, con las características que lo traes y con la posibilidad de creación desde lo individual a lo grupal. Que se pueda encontrar algo de lo previsible en lo imprevisible de cada uno. Que no traslademos lo hipocrático a lo grupal como dando una respuesta homogénea desde cada grupo. Por ahí nos preguntamos qué podemos hacer con este grupo en la escuela, qué es lo que debemos bajar como verdad. Y frente a ello tenemos esta posibilidad de encontrar desde cada integrante de un grupo y desde cada espacio lo particular de ese grupo.

## **Dr. O. Guisen:**

Y lo que es particular de cada uno. Ése es el tema. Una de las ficciones de la cultura que tiene que ver con el Iluminismo, con la época de la Revolución Francesa, fue un intento que persiste hasta el día de hoy de extrapolar la metodología de las ciencias duras a las disciplinas humanísticas. Intento que sigue persistiendo hasta el día de hoy y que es un despropósito verdaderamente sorprendente. Ese intento hace que tendamos a pensar en la "recetita" que sirve para hacer una comida, pero no sirve para pensar lo propio del hombre porque he de aquí que las personas somos distintas, que no nos podemos standarizar nunca y que encima somos cambiantes.

## **Dr. Jorge Marchetti:**

Cuando nos reunimos acá, antes de empezar nuestra mesa, alguien comentó "iqué frío que está este ambiente!". En ese momento yo pensé que el frío no era sólo físico, sino que habría una cierta frialdad en esto de las distancias. Les cuento otra cosa, antes de venir, cuando me estaba preparando, me acordé de un sueño angustioso repetitivo que tengo: me veo en un escenario, soy un actor y me olvido la letra. Entonces, reuniendo estas dos cosas más algo que decía Osvaldo, pensé que este recuerdo mío del sueño angustioso quizás tenga que ver con lo que él comentaba de "Psicología de las masas" en relación con los liderazgos: quien se puede ubicar en ese lugar sería aquel que aparentemente ofrece lo que otros esperan. Entonces, en este encuentro que nosotros tenemos, hay un juego o interjuego de expectativas y de imágenes, qué es lo que yo antes de llegar aquí me represento, me imagino que sería la concurrencia y qué es lo que esperaría de mí. Y, por otro lado, qué es lo que yo querría ofrecer. En lo mío particular, se juega esta cuestión contradictoria de algo de lo deseado y temido al mismo tiempo: deseo estar en el escenario, cautivar la atención de los espectadores pero algo me pasa por lo cual quedo bastante mal.

Por qué digo esto. Primero para tranquilizarme. Pero después, porque creo que tiene que ver con lo que intento decir hoy. Y es, que en toda situación de encuentro conformamos un conjunto que está reunido en un espacio común, compartimos una tarea. Y aquí hablo de conjunto; no podemos decir que es un grupo porque no nos conocemos. Pero lo que nos proponemos no es sencillo. Es complejo, hay unos que están adelante y que tratan de transmitir determinadas cosas, pero que en eso se juegan ciertas cuestiones propias, es decir a mí me gustaría lucir ante ustedes y ustedes están en una actitud más pasiva, y las cosas podrían quedar así. Pero quizás haya otra forma que resulte más productiva y un poco más creativa: sería que se establezca un cierto intercambio entre unos y otros. Si logramos eso, la tarea va a ser quizás más interesante y más rica que si cada cual dice lo suyo y los otros se limitan a escuchar. Pero para que esto suceda tenemos que atender a estas cosas, acerca de cómo sentimos esta situación de encuentro. La participación, la actividad, no es tarea sencilla, es siempre compleja; por un lado deseada pero también temida.

Al comenzar, Cristina los invitó a acercarse más: nadie se movió, por algo será. Entonces el que logremos acercarnos alrededor de una tarea, aunque sea desde distintos roles, porque en esta oportunidad a nosotros nos toca hacer una exposición y a ustedes participar como público, es posible tener una actitud activa: supone el tener que atender y resolver ciertas resistencias a esa actividad. ¿A ustedes les parece que esto que les digo tiene algún sentido, alguna relación con la realidad? Supongo que ésta es una experiencia común a cualquier práctica docente. Yo por lo menos, en las clases, tengo la sensación que son mucho más interesantes y provechosas cuando los alumnos participan; cuando esto no es así, son más

aburridas y siempre quedo con la sensación de que no sé si he hablado de aquello que más le puede interesar a la gente o no.

Cuando trabajamos en grupo lo venimos haciendo a partir de cosas que aprendimos de un maestro de la Psicología y la Psiquiatría argentina muy importante, de muchas generaciones de psicólogos y psiquiatras, que fue Enrique Pichon Rivière. Simultáneamente con eso, en cuanto a mi experiencia particular, yo estaba en la facultad y participaba del movimiento estudiantil; era una época de mucha movilización, de mucha efervescencia, de mucha preocupación por la participación y la democracia. A algunos nos preocupaba que si bien teníamos mucha actividad en asambleas, que evidentemente era una de las formas para el ejercicio de la participación y la democracia, no nos convencía del todo porque veíamos que hablaban siempre los mismos. Las cosas que decían eran más o menos esperables y cómo respondía en la votación el conjunto también era esperable: cada uno tenía lealtades respecto de determinados agrupamientos y seguía a los líderes. A eso se agregaba que las asambleas solían ser larguísimas y se extendían hasta la madrugada, entonces sólo los militantes más perseverantes eran los que llegaban a ese momento; los otros, sobre todo los independientes, se agotaban y se iban. Nos parecía que era necesaria sin dudas la asamblea, pero que deberían haber otras formas que posibilitaran una mejor participación de la gente y que por tanto dieran la posibilidad de que se exteriorizara de mejor forma el auténtico sentir de cada uno y no que la cosa fuera tan verticalista y regimentada. Entonces nos empezamos a preocupar desde esa situación política estudiantil por los grupos y por aquellos que en ese momento estaban trabajando con grupos.

En esa época vino Pichon Rivière a Rosario y se hizo la experiencia que se llamó "La experiencia Rosario" en la Facultad de Ciencias Económicas en el año '58, que fue la primer experiencia masiva con grupos operativos que se hizo en el país. Fue un hecho que tuvo una enorme trascendencia. Es con lo que venimos trabajando. Pichon Rivière, que había empezado a trabajar con grupos desde hacía tiempo, había ideado una técnica de trabajo a la que llamó "de grupos operativos". Uno de sus objetivos es ir reuniendo alrededor de la tarea compartida el sentir, el pensar y el hacer. Esto, que es enunciado de manera sencilla, en la práctica no lo es, cuesta. Pero es condición necesaria para que se pueda dar esa participación a la que aspiramos y que en esa participación, en pequeños grupos, la gente pueda hablar desde lo más profundo, no tanto de aquellas cosas que solemos reiterar como esquemas de ideas, sino que estas ideas estén pletóricas, llenas de sentir, y que al mismo se puedan cotejar con aquello que hacemos y no sea un mero decir. Nosotros venimos de aquella escuela. En el año '67 Pichon dio un curso breve en Rosario y en el '68 se abrió una escuela de Psicología Social a donde venía Pichon Rivière a dar las clases con otra gente que trabajaba con él en Buenos Aires, yo empecé en esa época con esta cuestión de los grupos. Es una tarea apasionante pero compleja, a veces me pregunto si es una vocación o una obsesión porque trabajar con los grupos a veces es muy gratificante y otras veces es bastante difícil, pero vale la pena.

Trataré de contarles acerca de un dispositivo o una posible manera de trabajar esta temática en el ámbito de los colegios secundarios. Hemos elaborado un proyecto acerca de esta posibilidad de trabajo grupal en colegios en el tema de promoción de la salud; promoción de la salud en general, no sólo en particular respecto del tema adicciones. El objetivo es poder trabajar acerca de los vínculos que se establecen en el interior del colegio y alrededor del mismo. Nos referimos a distintos vínculos: alumnos-docentes, alumnos-alumnos y alumnos-padres. Por qué trabajar acerca de los vínculos: porque también siguiendo estas ideas de Pichon Rivière, entendemos que tanto la salud como la enfermedad son estructuras emergentes de nuestras redes vinculares más importantes. En primera instancia obviamente en el grupo familiar, pero también en otros grupos de pertenencia.

Pensamos que el colegio secundario, fundamentalmente, es una institución social que contiene a sujetos en su tránsito por la adolescencia. Esto es tan importante que el pasaje de la escuela primaria a la escuela secundaria representa el pasaje de una etapa de la vida a otra: de la niñez a la adolescencia. Esto no porque quizás el colegio como institución se proponga hacerlo, es así. Probablemente la falta de rituales sociales como sucede en otras culturas a veces llamadas primitivas, que atienden a estos pasajes de una etapa de la vida a otra y que probablemente tengan una noción mucho más clara de lo que eso implica para los seres humanos que la que tenemos nosotros en ésta, nuestra sociedad. Porque el pasaje de una etapa de la vida a otra siempre es algo muy complejo, muy contradictorio, muy ambivalente, necesario pero también doloroso. Nosotros tendemos a tomar estos pasajes de una manera bastante "light", los celebramos habitualmente o no, nada. Pero es como que no tomáramos o no quisiéramos ver toda esta parte, mucho más oscura, mucho más enrevesada y penosa de ese pasaje. Basta que cada uno de nosotros trate de recordar cosas de nuestra pubertad para ver cómo en esa época nos sentíamos, en medio de un vendaval de tensiones y de pasiones frente a la escuela y no sabía qué corno hacer. Sentirse movido por fuerzas que son muy difíciles de controlar y cómo se canaliza todo eso, qué pasa con todo eso que conmociona tanto al púber, con todo lo que viene después en la adolescencia. La propuesta está relacionada con que en esa institución se nos da la posibilidad de atender a estas cuestiones existenciales, analizando los vínculos en que todo esto se desenvuelve, los vínculos fundamentales. Esto planteado no como otra tarea, como una tarea extra, como una cosa que le vamos a sumar a la tarea pedagógica, sino como algo complementario a esa tarea, como algo que habrá de mejorar las posibilidades y la calidad de trabajo pedagógico. Así como decíamos al comienzo, este encuentro que es una cosa bastante conocida: alguien que habla, otros que escuchan, es una charla más, es una disertación más, sin embargo en nosotros mueve cosas. Si le queremos dar una mejor calidad a eso tenemos que atender a determinadas cuestiones que tienen que ver con nuestro propio sentir, nuestras propias experiencias y fantasías y demás, pues la tarea que proponemos no es algo que se suma o que se agrega a lo pedagógico y que es distinto, sino algo que lo complementa y que puedo revertir en una mejor calidad de trabajo pedagógico.

La propuesta concreta de trabajo es de crear ámbitos de comunicación en donde podamos atender a estos vínculos principales que mencioné antes. Las cuestiones técnicas se pueden ver en cada caso, pero esto se puede trabajar en una jornada escolar con posibilidad de reiteración. Por lo general cuando uno trabaja en instituciones conviene que el objetivo de trabajo sea acotado y que ese proyecto sea a corto plazo, porque meterse a trabajar en una institución siempre despierta resistencias y desde afuera uno puede intervenir, algo así como tocar e irse. Si la cosa es más prolongada, la institución tiende a reaccionar de alguna manera tratando de neutralizar eso que viene de afuera y lo neutraliza de dos maneras prototípicas: o lo asimila o lo expulsa. Entonces cuando uno trabaja en una institución tiene que proponerse una tarea acotada: poco tiempo y nos vamos, antes de que nos digan cosas feas. Pero sí con la posibilidad abierta de que se pueda reiterar. Es una especie de trabajo en módulos; hacemos esto, puede ser que se trate sólo de esto y acá termina, o puede ser que esto se reitere en algún otro momento.

¿Qué podríamos obtener de este trabajo?. Es obvio que pensamos en el trabajo con pequeños grupos, no grandes grupos tipo asambleas. La psicología de los grupos vastos es distintas de la psicología de los pequeños grupos, tal como confrontaba antes entre asambleas y pequeños grupos. El objetivo es trabajar con pequeños grupos en donde participen integrantes de estos distintos vínculos que mencionábamos. Pensamos que conviene trabajar con los primeros cursos, al comienzo del proceso del colegio secundario y en los finales, porque también el

final del colegio secundario marca la introducción a la adultez. Todo eso que gira alrededor del viaje de estudio y esas cosas, cuánta significación tiene todo eso.

Les cuento otra anécdota mía, yo terminé el colegio secundario en el Colegio Nacional de Mar del Plata y el curso nuestro constituía un grupo muy unido. Tanto es así que aún hoy, a tantos años de aquellos, todos los años ese grupo se reúne a fin de año y cuando yo puedo voy y lo hago siempre con mucho gusto. Éramos muy unidos, éramos muy contestatarios, a veces hasta crueles en esa actitud contestataria, nos provocaba mucha irritación y teníamos un gran placer en fastidiar a los profesores que sentíamos ineptos, pero no teníamos esa actitud con todos, había profesores a los que escuchábamos y respetábamos, eran aquellos que sentíamos que nos hablaban de cosas que tenían que ver con nuestros intereses, nuestras preocupaciones y nuestra vida concreta, pero eran una escasísima minoría. Entonces hacia el fin del quinto año se nos ocurrió una cosa: entrar al colegio de noche. Para eso combinamos con compañeros, que eran alumnos de un nocturno, que nos dejaran una ventana entreabierta, por ahí nos colamos y entramos al colegio. Lo que hicimos fue desacomodar, no rompimos nada pero desacomodamos. Al día siguiente nos regocijábamos con que no pudieran comenzar las clases a la hora debida porque tenían que acomodar. Yo me he preguntado muchas veces por qué hicimos eso. En lo manifiesto era una manera de molestar o de agredir, como que expresábamos una cierta bronca y probablemente tuviera que ver con que hubiera cosas que no nos satisfacían de esa experiencia en el colegio.

Pero después yo he pensado que había otro aspecto y era un aspecto de pérdida que estaba encubierto en esto, que nos dolía demasiado el dejar atrás eso que habíamos vivido y que había sido tan grato para nosotros. A eso después lo relacioné con otra cosa que sentí cuando terminé Medicina, el último año vivimos como practicantes en el Pabellón de Practicantes del Centenario, vivíamos ahí, toda nuestra vida giraba alrededor de la tarea en el hospital. El hospital se transforma de esa manera en una especie de mundo aparte que concentra toda nuestra atención y que produce una estimulación muy particular y también un efecto de acercamiento y camaradería muy grande con todos los compañeros con los que no sólo compartíamos el trabajo sino la comida y la diversión. La imagen que quiero traerles es el último día del Pabellón: el Pabellón vacío, papeles tirados por el suelo, placares abiertos y vacíos, camas sin nada y ahí tuve una sensación muy nítida y muy intensa de pérdida, dejaba atrás una etapa de la vida que era absolutamente irrecuperable y un tipo de relación con mis compañeros que jamás habría de repetirse, esos camaradas que en muchas ocasiones futuras seríamos competidores y no ya camaradas.

Quiero decir que estos son momentos cruciales que marcan tránsitos, pasajes de una etapa de la vida a otra y a los cuales deberíamos prestarles mucha mayor atención. Qué importante hubiera sido para mí y muchos otros que nos hubiéramos detenido a ver, a pensar, a reflexionar juntos acerca de tantas cosas que sentíamos en ese momento y que nos marcarían en adelante. La propuesta de este trabajo tiene que ver con esto, de poder incluir todo eso. Todo eso sucede en un caso en el colegio secundario y el otro en el Hospital Centenario, pero ¿por qué las instituciones no pueden permitir un momento, un ámbito particular en donde las personas que transitan por ellas, que trabajan o estudian, tengan la ocasión de reflexionar sobre todo esto?. Creo que esto sería muy beneficioso para la vida de aquellos que transitan por la institución, para la vida de la institución en general.

No se trata de algo complicado, no se trata de algo que esté más allá de nuestras posibilidades, está al alcance de la mano nuestra, forma parte de aquellas cosas que podemos hacer nosotros por nosotros mismos y para nosotros mismos. No necesitamos subvenciones ni nada que nos venga de arriba. Basta con que nos lo propongamos y que tengamos claro qué queremos hacer y cómo. Es un punto

importante el que cuando tratemos de llevar a cabo, en el diálogo previo con los responsables de la institución, quede bien claro cuál es el objetivo y cuál es la forma de trabajo.

Esto se puede organizar en una jornada escolar. Si vamos a analizar distintos vínculos, trabajaremos con grupos en donde se reúnan en un caso alumnos y docentes, en otro se pueden reunir alumnos y padres y en otro alumnos. En cada uno de ellos se reflexiona acerca de cómo se relacionan en ese ámbito y alrededor de la tarea común. Qué relación tiene eso con sus vidas. Cada grupo arriba a sus propias conclusiones, que por supuesto no son cosas cerradas y acabadas, sino más bien que alrededor de distintos temas se puede lograr momentáneamente algún tipo de síntesis. Luego esto sería volcado, como final de esa jornada de trabajo, a una reunión común. Cada grupo comenta qué fue lo que trabajó y cuáles fueron sus conclusiones. Y pensamos que al mismo tiempo esto debe ser difundido al conjunto de la institución para que sirva de estímulo, de disparador, de discusión alrededor de estas cosas.

Sucintamente éste es el proyecto y la razón de ser del mismo.

### **Cristina Rasini:**

Me parece importante destacar algunas cosas que dijeron ambos panelistas. Y es el compromiso que emerge de esta forma de trabajo. Este compromiso que implica no tener cosas preparadas sino ir a pensar, sentir y hacer junto con otros, para producir propuestas propias. Pareciera que éstas son las condiciones de participación y que probablemente despiertan muchas resistencias, porque uno se pone con toda la persona, no es solamente transmisión de conocimientos, sino es participación de lo personal. Dejamos abierto a las preguntas y participación. El tema de pararse a reflexionar, tan necesario para recuperar algo de la salud mental que vamos perdiendo con las corridas de todos los días, implica un poco parar la vida de todos los días, cosa que por ahí la vorágine no nos deja. Hay toda una serie de cuestiones en las que estamos inmersos, que tiene que ver con la realidad que por ahí nos lleva por delante. Por supuesto que no es imposible, pero es la realidad que nos impide seriamente la reflexión, a veces.

### **Oswaldo Guisen:**

Pese a que es cierto, y acuerdo con lo que estás diciendo, hay aceleraciones, hay exigencias que imponen que todo sea a mayor velocidad, todo es más rápido, entonces detenerse no es poca cosa. Pero uno podría pensar que en otra época había más tiempo para pensar, por lo tanto era mucho más saludable. Y no es tan cierto. En todo caso pareciera ser que en determinado momento (en un sentido algo metafórico) cambiar el ritmo, hacer algo no habitual, pensar de una manera menos habitual, no dar fácilmente ciertas cuestiones por presupuestas, quizás eso sea una cuestión central. Quizás en este momento en particular esté agravado por el tema de una gran velocidad.

A nosotros, como docentes, nos llegan pedidos del Ministerio, con los que hay que cumplir. Supongamos el PEI (Proyecto Educativo Institucional), entonces nos dan la oportunidad - esto se los digo como directivo - de hacer una jornada pero para parar ese día de dar clase tenemos que pedir al supervisor; éste nos da medio día de suspensión de actividades después de toda una burocrática gestión. Yo creo que si aparte de eso vamos y le pedimos una jornada o un espacio para reunirnos con grupos pequeños, y somos en la escuela 800, se nos escapa un poco de lo posible. Ése es el problema. Creo que por eso estamos acá, esas cosas posibles no son posibles en realidad.

## **Jorge Marchetti:**

La idea del proyecto no es trabajar con todos los integrantes de la escuela. Trabajar sólo con los últimos y primeros años. También es importante que quienes participen lo hagan voluntariamente, porque no son cosas para hacer obligadamente. Me parece que es importante que dentro de la institución ocurra una tarea de este tipo y que se sepa en conjunto que esto se hace y es posible y tiene cierta utilidad.

El sábado está cerrado, hay que hacer toda una gestión para poder ir a la escuela un día que no es habitual. Todo depende de otro que está más arriba.

Yo creo que lo que dice la compañera es real. Todos estamos inmersos en una realidad que nos está aplastando, pero también - y a pesar de que parezca muy simplista e ingenuo - hay que tener ganas, porque cuando se nos otorgan esos mediodías de suspensión de actividades estoy cansado de escuchar a esos compañeros iuy, plenaria!, cuando a pesar de que es muy acotado el tiempo sería un espacio interesante como para reflexionar todo este tipo de cosas porque el Proyecto Educativo nos hace a todos, nos atraviesa a todos. Yo creo que todos esos problemas son reales pero también habría que deslindar entre la realidad y la resistencia que tenemos a generar nuevas cosas. Coincido con lo que decía Osvaldo y con Freud también - es muy soberbio de mi parte - en que trabajar no es sólo tener un trabajo y lo de crear .....bueno ¿máxima no?

Yo creo que tenemos que dejar la queja un poco. Yo ocupo un cargo directivo también. Me parece que tenemos que empezar a ser protagonistas y a dejar de posicionarnos en ese lugar de hijos con respecto a los directivos, a los supervisores y a todos los que tenemos más arriba y empezar a cambiar la cosa. Nos vivimos quejando y quejando pero no producimos cambios. Yo siento, por lo menos, que permitimos que los cambios los hagan desde arriba y nosotros nos quedamos en la queja. Un ejemplo es esto que nos está pasando con la cuestión de la Ley Federal de Educación, nos hemos quejado, hemos hecho concentraciones frente al Ministerio, pero la Ley está y sigue allí.

# Instituciones Asistenciales

Psic. Gustavo Godoy (Programa Andrés)

Psic. María Laura Di Liscia (Hospital Alberdi)

Dra. Adriana Huerta

Terp. Ocupacional, Judith

Prof. Graciela Casanova

Psic. Mario Jrapko (CePA) Coordinador Jornada 17

Mario Jrapko – CePA

En el Centro de Prevención en Adicciones hay un espacio de asesoría. Allí se brinda información a aquellos que se acercan, sobre organismos públicos (hospitales) y privados (ONG). También, cuando es necesario, derivamos hacia estos organismos. El propósito es el de formar en conjunto una red asistencial, para que luego de las derivaciones haya un seguimiento de quien se ha derivado. Precisamente la idea de hoy es mostrar el trabajo de algunas de las instituciones de esta red. Hoy contamos con dos instituciones: el Hospital Alberdi y el Programa Andrés. Por el Programa Andrés agradecemos la presencia de Gustavo Godoy, psicólogo, que es director de este programa. Por el Hospital Alberdi tenemos la presencia de María Laura Dilicia, psicóloga, jefa del Servicio de Salud Mental; Adriana Huerta, psiquiatra; Graciela Casanova, que trabaja en disciplinas artísticas; Judith Arbán, residente de terapia ocupacional. Los dejamos entonces con el panel y comenzará a exponer Gustavo Godoy.

## **Gustavo Godoy:**

En este tema de la asistencia en adicciones ya se dijeron un montón de veces un montón de cosas; generalmente en estos cursos vienen las instituciones a presentarse y hacerse un poco de publicidad. Yo voy a tratar de que en el caso del Programa Andrés esto no sea así y quiero entrar en el tema de lo que es la asistencia en adicciones un poco históricamente.

La inquietud en cuanto al tratamiento de los adictos empieza hace más de 50 años. Empieza en Estados Unidos y en Italia con diferentes proyectos que parten de lo que serían los hospitales psiquiátricos. Maxwell John, en Estados Unidos, Daniel Carris y muchos otros fueron viendo la posibilidad de abrir los muros de los hospitales psiquiátricos y empezaron a darle a los pacientes, a los internos, a los "locos", diferentes lugares en cuanto a lo que era la decisión de sus propios tratamientos; en otras palabras, fueron ocupando roles y lugares en lo que era el propio tratamiento de cada uno. Esta tendencia de abrir los hospitales psiquiátricos, durante un tiempo abandonada, al día de hoy se viene retomando. Así se ve que en muchos lugares se están abriendo "hospitales de día" psiquiátricos y se está atendiendo a la prestación ambulatoria de pacientes psiquiátricos. A la vez se da otra línea que es que hubo un grupo de gente que aprovechó esta experiencia de apertura de muros y se fueron creando distintas comunidades para la asistencia de adictos. En Italia por ejemplo el proyecto "Uomo" y en Estados Unidos hay un

---

<sup>17</sup> Mesa redonda. Curso de Formación docente organizado por CePA, 28/06/07

programa que parte de la experiencia de ex-alcohólicos y ex-adictos, donde se le daba una importancia fundamental al papel del ex-adicto en la ayuda y recuperación de otros adictos. Se creía que solamente el que hubiera atravesado la experiencia de la drogadicción o de la adicción en general, podía ayudar a salir y recuperarse a una persona que estuviera pasando por el problema en ese momento.

A partir de ahí esto empieza a llegar esa línea de lugar en lugar, de país en país. En Argentina los primeros programas son el CENARESO a nivel nacional, que depende de la Nación, y el FAT que es el Fondo de Asistencia Toxicológica donde estaba el Dr. Calabrese hace muchísimo tiempo. Pero esto no funcionaba a nivel de lo que es la comunidad terapéutica.

En realidad hoy vengo a plantear puntualmente la asistencia en adicciones en comunidad terapéutica. En Argentina el primer intento de comunidad terapéutica lo hace Carlos Novelli; empieza en el año '73 con un proyecto muy primitivo, muy característico de lo que es un primer intento, donde tenían la Biblia bajo el brazo, todo el amor del mundo, iban buscando a los "locos"; recordemos que a los adictos se les dice, entre comillas, "los locos" en el código habitual. Por eso quiero retomar después esto en su relación con la Psiquiatría. En este primer intento argentino se vivía en el campo, en una granja, leyendo la Biblia, "con la lectura y el amor de Dios te vas a recuperar", y hubo gente que se recuperó. A partir de esos primeros intentos es donde se empiezan a formar los primeros programas en Argentina y después se va extendiendo a Latinoamérica.

Después el tano Carlos Novelli se va a Estados Unidos, Inglaterra, Italia y trae los primeros modelos conceptualizados de comunidad terapéutica que eran sistemas muy cerrados. Siempre la resistencia, en las comunidades terapéuticas, fue nuestra, la de los profesionales. Siempre hubo un enfrentamiento entre ex-adictos (o si se puede decir: profesionales no tradicionales) con los profesionales tradicionales. Nosotros nos resistíamos muchísimo a los tratamientos en comunidades terapéuticas y eso es una deuda que recién creo hace muy poquito tiempo empezamos a pagar nosotros. Eran sistemas de tratamiento cerrados, se imponían muchos castigos físicos, había una estructura muy cerrada, se trabajaba mucho sobre la responsabilidad, se creía que solamente la persona que aguantaba lo que viniera era porque tenía la voluntad y el compromiso suficiente para superar la adicción. Se creía que la adicción era lo más terrible del mundo, se la emparentaba mucho (metafóricamente) con una cuestión diabólica. Con el tiempo todas estas cosas van cambiando. La gente de los programas argentinos se empieza a capacitar, viajan a Italia, Estados Unidos, Inglaterra. Cuando se forma la Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas aparecen nuevas posibilidades y ámbitos de capacitación. Se forma la Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas y en Argentina nos empezamos a sensibilizar un poquito en lo que es el tratamiento de adictos.

Actualmente coexisten dos modelos que son las comunidades terapéuticas tradicionales y las comunidades terapéuticas donde se está llevando a cabo una experiencia piloto desde hace varios años. Esta experiencia la empezamos nosotros en el Programa Andrés para todo el interior del país con esa conceptualización de Comunidad Terapéutica, pero no estoy negando que haya habido otra gente que la estuviera llevando adelante antes bajo otro nombre.

Las comunidades terapéuticas tradicionales trabajan con la modalidad de granjas. Los adictos que llegan tienen un período de admisión o acogida que puede durar una cantidad variable de entrevistas, donde se trata de establecer si existe el compromiso para iniciar el tratamiento y de ahí pasan a un período semiambulatorio (se podría decir que es algo parecido a un hospital de día, pero no

lo es) donde solamente se van trabajando pautas de conducta como para poder acceder a la comunidad terapéutica propiamente dicha que sería una estadía en una granja, en una casa de campo, una cantidad de tiempo variable, dependiendo de cada persona. Generalmente son tratamientos muy largos; me estoy refiriendo a éstos que son más tradicionales. Dan buenos resultados, dieron muy buenos resultados. Después de este pasaje en granja, en el campo, en la huerta, en la quinta, se pasa a un período de reinserción social. Este período de reinserción social generalmente es la última etapa de tratamiento y se la considera la más difícil por el hecho de que la persona vuelve a tomar contacto con su entorno, con la calle.

Históricamente, con este sistema tradicional, el trabajo con granjas y el trabajo de reinserción social entendido como vuelta a casa, como volver a enfrentarse con lo que antes pasaba a los adictos, se vio que se producían muchísimos abandonos, muchísimas deserciones y un porcentaje muy alto de recaídas. Después cuando se fue analizando, cuando se fue tratando de ver por qué era así, se dedujo que era porque en el trabajo en granja se idealiza mucho lo que sería volver a casa, volver a la sociedad. Viene con una idea muy grande de lo que quiere obtener, muy idealizada, con muchas expectativas y como todos sabemos la calle está muy dura. Entonces pasa que cuando las personas llegan a la etapa de reinserción se encuentran con muchísimas frustraciones, muchísimas necesidades y angustias que no se pueden resolver y se dan las recaídas, las deserciones, los abandonos.

En esta comunidad se hacen trabajos grupales; los grupos de autoayuda son la base de la comunidad terapéutica. Sobre esta base de la autoayuda, cada comunidad va montando su propio estilo: la terapia grupal, el sistema de roles, las responsabilidades, encargados. Lo ideal estaba considerado como que después de realizado el tratamiento el adicto produjera un despegue, un corte, con la institución, pero se vio que muchísimos de los adictos en tratamiento quedaban trabajando para la misma comunidad terapéutica, lo que es un gran error.

Con el paso del tiempo, con la gran cantidad de recaídas, con la gran cantidad de deserciones, luego de distintos tratamientos, nos fuimos haciendo cargo de que algo teníamos que ver en todo eso, que no era solamente porque el adicto estaba "loco" y era irrecuperable, sino que algo nos estaba pasando también a nosotros los terapeutas, los operadores, los trabajadores. Algún error tenía que haber. Entonces aparece, en el año '94, la posibilidad de empezar a capacitar a un equipo para el trabajo en una comunidad terapéutica urbana. Hubo una capacitación de equipo que duró muchísimo, más de un año, y a principios del '95 se abre la primera comunidad terapéutica urbana en el interior del país. En Buenos Aires, como siempre, están un poquito más actualizados, ya había algunas comunidades urbanas funcionando.

Una comunidad terapéutica urbana significa que es el mismo modelo de comunidad terapéutica, el mismo objetivo de trabajo, pero con la diferencia de que no se trabaja con el sistema de granja, con el sistema de aislamiento. La persona en tratamiento no está aislada en ningún momento de su entorno ni de ningún vínculo positivo. Se trata sí de un alejamiento paulatino de cualquier vínculo que se pueda considerar negativo. Y se da un cambio fundamental que es la consideración de lo que sería la reinserción social. La reinserción social ya no se toma como la última parte del tratamiento, como la etapa de volver a casa. La reinserción social, metafóricamente hablando, se considera cuando la persona llama por teléfono o toca el timbre para pedir una entrevista. Es decir que en el modelo de comunidades terapéuticas urbanas, el primer paso ya es la reinserción social.

El modelo empieza con una admisión. No se trabaja con pacientes psicóticos, por lo menos en el Programa Andrés. Creemos que la estructura de una comunidad terapéutica para una persona con una estructura psicótica es perjudicial. Se

realizan una serie de entrevistas, no tanto para evaluar la cantidad de consumo o el tipo de sustancia: la droga no es nada más que un objeto, no es la enfermedad. El consumo de drogas es como la fiebre: no es la enfermedad, es el síntoma de una enfermedad. Todo esto dicho en términos muy simples, muy generales. Después de este período de entrevistas que no tienen un tiempo de duración cronológico, sino que es un tiempo lógico donde se van decantando una cantidad de cuestiones muy grandes, se trata de establecer una red de contención familiar; ver con quién uno puede contar y con quién no. Es muy difícil que tomemos un caso de una persona si la familia no se compromete a colaborar en el tratamiento. Después de esta serie de entrevistas donde se trata de hacer un diagnóstico presuntivo, se recomienda una forma, un estilo, un modo de tratamiento, que puede ser: de consultorio externo individual, un tratamiento grupal ambulatorio, un tratamiento de hospital de día o un tratamiento de internación residencial. La internación, como dije, se realiza no en el campo sino en una sede de la ciudad, mientras más céntrico mejor.

Se mantiene la base de la comunidad terapéutica, en cuanto a la filosofía de la autoayuda, pero se va adaptando a las diferentes circunstancias de cada grupo de personas en tratamiento en ese momento. Sobre la base de los grupos de autoayuda coordinados por psicólogos y ex-adictos (es muy importante el trabajo del ex-adicto en una comunidad terapéutica) se van montando las diferentes alternativas terapéuticas: terapia grupal, terapia vincular, familiar. Si bien la familia está en terapia, se agrega que cada residente accede a una terapia individual con psicólogos de la institución. Esto es así porque se vio que en determinado momento del trabajo, la terapia grupal empieza a ser obstáculo para determinados temas, que generalmente son los temas más importantes en cuanto al trabajo elaborativo, psíquico, para la rehabilitación. Entonces en el momento que este trabajo grupal empieza a ser obstáculo, el paciente, el residente, accede a una terapia individual.

El modelo tiene diferentes actividades que dependen de cada grupo. No se basa solamente en la abstinencia de droga. La abstinencia de droga en realidad no sirve absolutamente para nada más que para no drogarse un tiempo y después salir a la calle y volver a drogarse. Por el sólo hecho de apuntar a la reinserción social nosotros tratamos no sólo de que la persona se abstenga, sino de que la persona se forme. Se forme en lo que sea de su interés: estudios, oficios; eso siempre depende de los intereses de cada grupo de pacientes.

Y ya que me refiero a los grupos, es oportuno una aclaración. Entiendo como grupo a las personas que comparten una estructura cotidianamente, diariamente; son personas que pueden estar internadas, pueden estar en un hospital de día, pueden estar en un sistema de tratamiento ambulatorio. Precisamente, otra de las diferencias con la comunidad terapéutica tradicional es que no son tareas aisladas, todos los residentes de todas las áreas en algún momento tienen contacto entre ellos para diversas actividades. Hubo un grupo, por ejemplo, cuyo interés era la computación; ellos planteaban que para una reinserción social efectiva tenían que saber manejar una computadora. Se consiguió una computadora, un profesor, se les dio un curso. Después se hizo un convenio con una institución, fueron los residentes a rendir a esa institución lo que habían aprendido y salieron a la reinserción social con un título de operador de PC. Tal vez puede parecer que no significa nada, pero para un chico que viene de drogarse, de estar mucho tiempo viviendo mal, con una carga de angustia muy grande, sin poder manifestarla durante mucho tiempo, un reconocimiento así es muy importante. Tanto para un chico como para un grande.

Cuando digo que salen a reinserción social no quiero decir que están ahí aislados y después salen a la reinserción social. El modelo empieza en la reinserción social pero hay una etapa propiamente dicha donde ya no están más internados en el hospital de día sino que continúan con un tratamiento en forma ambulatoria. El

ejemplo que daba de la computación es nada más que para manifestarles que no se trata de que la persona se abstenga de consumir la droga sino que se vaya formando, vaya tomando diferentes herramientas como para poder pararse distinto y poder hacer algo con lo que le pasa. Nosotros no creemos que el hecho de dejar la droga sea todo, es un período más, es un paso donde creemos que la persona queda habilitada para el comienzo de un análisis más profundo de su persona. Uno de los criterios de alta coincide con la recomendación del ingreso a una terapia personal, a un análisis personal, fuera de la institución, aparte de otros criterios de alta como son la formación de redes interindividuales positivas, el reconocimiento del valor de las personas, el cuidado propio.

Este modelo de comunidad terapéutica urbana se fue extendiendo por todo el interior del país. Dentro de la Federación de Organismos No Gubernamentales, de no existir ninguna comunidad hace tres años, ahora hemos llegado a cerca de 20 comunidades terapéuticas urbanas y no sé si no son un poquito más. Lo que se vio con el tiempo es que no había tantas deserciones. Hasta ahora se da una deserción del 1 o 2%, que es realmente muy baja. Las recaídas en la etapa de reinserción social son mínimas. Con respecto a la reinserción social, generalmente son positivas, pero algunas no los son tanto. Las personas que pueden tener una reinserción social positiva son muchísimas dentro de la cantidad de pacientes con que nosotros nos manejamos. Es cierto que nos manejamos con una cantidad de pacientes chica, no como aquellas "comunidades-monstruo" que trataban 150 o 200 pacientes a la vez. El equipo nuestro está integrado por cerca de 20 personas y tenemos una capacidad de atención de 16 a 20 camas de internación, 20 personas en hospital de día y 15 personas en lo que sería ambulatorio, hospital de medio día.

Esto es así porque en lo que eran las comunidades para atender cantidades muy grandes de personas se daba que un residente "tenía que pasar un escrito para poder ser atendido"; tenía que esperar muchísimo tiempo para que lo escucharan. En este modelo de comunidad terapéutica urbana (no sólo en el Programa Andrés) cada 3, 4 o 5 pacientes como máximo tiene que haber un responsable por ese grupo. No se trabaja con el aislamiento, la persona no está aislada en ningún momento. Desde el primer día puede salir a la calle, tiene todo un sistema de roles y responsabilidades que no implican castigos, no existen las medidas "educativas".

Les cuento lo que eran las medidas "educativas" (éstos son los grandes errores que todas las comunidades nos replanteamos), por ejemplo, limpiar una cancha de tenis con un cepillo de dientes, contar los agujeritos de un mosquitero con un alfiler, hacer un pozo, volver a taparlo, meterse a destaparlo, que el pozo lo tapara a uno; grandes faltas de respeto a los pacientes. Nosotros por desconocimiento o por escuchar mal lo que pasaba en otros lugares del mundo en cuanto al tratamiento, creíamos que estaba bien. Cualquier comunidad que quiera hacer una autocrítica va a tener que reconocer todos estos errores, todas estas cosas que hicimos mal. Pero a la vez había gente que se recuperaba. Todo esto se deja de lado, no existen estas medidas educativas, "educativas" entre comillas porque eran castigos físicos. Se empieza a trabajar muchísimo con el compromiso y la responsabilidad de los pacientes. Nosotros no les exigimos nada más allá de que cada uno sea el artífice de su propio tratamiento. Dentro del sistema de la comunidad tienen todo un sistema de convivencia, obviamente, porque son una cantidad de personas y si no hay un mínimo sistema de convivencia sería imposible estar.

Este sistema totalmente abierto fue posibilitando no idealizar lo que se debía esperar de la etapa de reinserción social propiamente dicha. Uno salía, volvía, se reinsertaba, no ya como una cuestión de volver a casa a enfrentarse, a luchar contra la droga, ni contra el demonio, ni contra nada; uno volvía sabiendo qué podía esperar, uno sabe que no hay trabajo, que si los hay no son los trabajos que

uno espera, que nadie se va a volver rico, que está todo muy difícil, que a algunos se les va a ser más difícil que a otros. Entonces las idealizaciones bajan, las frustraciones no son tantas, las angustias y ansiedades son más contenibles (si se puede decir así) y las recaídas y deserciones son muchísimo menores.

En el Programa Andrés, específicamente, tenemos en revisión el tema de la "prevención". Creo que en otros casos está sucediendo lo mismo. Todos los programas asistenciales a la vez buscaban la veta de la prevención como para tener un poco más de inserción en lo social. Generalmente, lo que se llamaba prevención más que eso era salir a dar información y muchas veces esto era equivocado, porque más que prevenirse se despertaba curiosidad. De esto no se maneja estadística ni números, pero calculo que después de todas las charlas, de todas las cuestiones que se hicieron en nombre de la prevención, a partir de eso, con el tiempo muchos deben haber optado por drogarse. Se hizo una revisión a partir de toda la cuestión de la prevención y se llegó a la conclusión de que ir a dar una charla, ir a informar, no es prevenir. Entonces lo que se hace es trabajar con talleres, creo que esto en cuanto a la prevención es lo más adecuado. Se trata de que queden preguntas, no de que queden respuestas. Se trata de que en cada taller, de que en cada jornada se produzca un espacio de comunicación, que circulen las preguntas.

## ***Prevención en las escuelas***

Dado que este ciclo de charlas está dirigido a docentes, quería dejar un espacio para hablarles sobre este aspecto. Los sistemas educativos últimamente, aunque se trata de decir que son abiertos, son verdaderamente muy cerrados. El sistema educativo pasa solamente por la escuela, por el aula. Los docentes, las maestras, vaya uno a saber por culpa de quién (aunque todos sabemos por culpa de quién) fueron perdiendo este calificativo tan interesante que se les daba: "la segunda mamá". Ahora el sistema educativo pasa solamente por el aula. Tal vez me equivoque, pero es como yo lo interpreto.

Hace unos años atrás hubo un modelo que ahora se está discutiendo mucho, que fue el de la escuela abierta, que fue la escuela de las hermanas Cossetini. Se trata de la "Escuela Serena" que funcionara precisamente a poca distancia del Hospital Alberdi, en la actual Escuela Carrasco, avanzada experiencia interrumpida en 1950. El documental "La escuela de la Señorita Olga" disponible en la Dirección de Educación municipal brinda el testimonio de numerosos ex-alumnos. (Nota del editor). Era un sistema donde geometría se aprendía en la plaza, donde se salía a estudiar el barrio y ustedes deben saber mucho mejor que yo de qué se trataba. Este modelo de aprendizaje con el medio, con el ambiente, es el mejor modelo preventivo que hay, no solamente de la drogadicción sino de muchísimas cosas.

Esto más que nada lo digo porque uno ve qué se trata de hacer en las escuelas, qué no se puede hacer, qué no los dejan hacer, qué se hizo, cómo se discute lo que se hizo, lo que estuvo bien. Yo personalmente creo que este modelo abierto que se trataba de imponer en esa época o la experiencia que se trató de llevar adelante hubiera sido muy interesante de que llegara hasta el día de hoy, en cuanto a la prevención de un montón de enfermedades.

Esto era más o menos lo que tenía para decir. No me hubiera gustado traerles las cosas muy preparadas, sino que he preferido una charla más espontánea.

Coordinador:

Le agradecemos a Gustavo Godoy quien ha hecho referencia a una forma de abordaje a la problemática que tiene que ver con la comunidad terapéutica. Ahora vamos a pasar a la gente del equipo interdisciplinario del Hospital Alberdi quienes van a plantear otro modelo de abordaje como el centro de día que se da dentro del marco del hospital público.

### **Psic. María L. Di Liscia:**

Yo voy a tratar de transmitirles algunas cuestiones en relación al Hospital de Día que se está construyendo en el Hospital Alberdi. Después voy a dar lugar a las palabras de mis compañeros para que expliquen otras cuestiones específicas del hospital de día.

Pero antes, una caracterización mínima del Hospital. El Hospital Alberdi es un hospital zonal, de mediana complejidad. Corresponde a la administración municipal. Es zonal en tanto intenta absorber las demandas provenientes de la zona Norte de la ciudad y de mediana complejidad en tanto responde a demandas de un nivel intermedio. El Servicio de Salud Mental del Hospital Alberdi está constituido por un conjunto de profesionales, psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionales, profesionales del área artística, y esto fundamentalmente en términos de intentar resolver cuestiones relativas a lo que se llamaría la problemática psiquiátrica y la problemática psicológica. Justamente el Servicio de Salud Mental lo que intenta es plantear otro campo, un campo de escucha del conjunto de los pacientes que consultan, sin discriminar que habría algunos que corresponderían a los psiquiatras y otros a los psicólogos, porque a eso le seguiría inmediatamente la conclusión de que si corresponden a los psiquiatras son para los psiquiátricos. El Servicio de Salud Mental intenta ofrecer una alternativa intermedia que rompa con criterios de segregación hacia un determinado tipo de problemáticas y plantee otras formas de abordaje.

Estos son principios generales del Servicio de Salud Mental. Otra cuestión que me parece importante aclarar es que el Hospital de Día es un hospital polivalente, esto quiere decir que no absorbe exclusivamente las demandas relativas al campo de las adicciones, se trata de un intento de plantear una serie de dispositivos que puedan dar respuesta a la problemática de adicciones, pero no tomando exclusivamente esta problemática. En este momento en el Hospital de Día funcionan talleres con pacientes psicóticos, pacientes con debilidad mental y psicosis asociada, pacientes con trastornos alimentarios, adictos, alcohólicos, neurosis muy graves con intentos de suicidios previos, depresiones muy severas. Los distintos dispositivos del Hospital de Día intentan dar respuesta a una serie variada de problemáticas, no agrupándose el trabajo en función de patologías sino en función de las posibilidades de hacer-con-otros de determinados pacientes, correspondiendo a distintos tipos de problemas.

Por otra parte, el Hospital de Día tiene un área relativa a los pacientes internados. Como sabemos, el Hospital Alberdi es un hospital general, por supuesto con internación. Existe un área que para nosotros es muy importante, que desarrolla una serie de actividades de orden terapéutico en relación a los pacientes internados. Ésta es un área que funciona dos veces a la semana, desde donde se plantean espacios de subjetivación posibles para pacientes internados en estado de objetivación, aquéllos en estado importante de despojo de lo personal, de lo subjetivo, de lo propio.

El dispositivo del Hospital de Día está enlazado a otros dispositivos del Servicio de Salud Mental. Con esto quiero reflejarles que no se trata de una institución dentro de otra institución, sino que es un recurso en el marco de un Servicio. Surge fundamentalmente por iniciativa de los profesionales del Servicio para intentar dar

una respuesta más eficaz a ciertas problemáticas, al observar que el tratamiento individual exclusivo resultaba una respuesta insuficiente. Es en este sentido que el Servicio de Salud Mental comienza a discutir otros tipos de alternativas. Esto me parece importante aclararlo porque el Hospital de Día en tanto forma parte del Servicio de Salud Mental no tiene recursos específicos de Salud Mental, a excepción de las dos colegas que van a hablar después del área de producción artística, etc., son los mismos colegas que trabajan en las distintas áreas del hospital, en las áreas de sala de Clínica Médica, guardia, consultorios externos, interconsultas, etc., y además se sostienen los dispositivos grupales del hospital de día.

Voy a comentarles cómo comienza el ingreso al hospital de día. El Servicio de Salud Mental posee un dispositivo de admisión al cual concurren todas aquellas personas que necesitan hacer alguna consulta al Servicio. Este dispositivo tiene como función problematizar fundamentalmente estos pedidos. Esto quiere decir: poner en signos de interrogación de qué pedido se trata y fundamentalmente la pertinencia de la respuesta, qué tipo de respuesta, queremos decir con esto si se trata de la necesidad de un tratamiento en el caso de una determinada consulta, si se trata de la conveniencia de una interconsulta en otra especialidad, si se trata (esto es importante porque ustedes son docentes) de consultas que tienen alguna relación con cuestiones escolares que son muy frecuentes. Ustedes lo sabrán, entre los motivos de consulta más importantes a los servicios de Salud Mental se encuentran los trastornos escolares de niños. Entonces, en la admisión se produce toda una problematización en relación a si es más conveniente ocuparnos del niño, si es más conveniente conversar con la maestra, si es más conveniente llegarnos a la escuela para empezar a ver de qué se trata, qué está ocurriendo en esa escuela o en ese grado, de qué modo podemos colaborar con un conflicto que pueda estar existiendo allí y en el cual el niño pueda ser el emergente, el que expresa esto, pero que tal vez podemos abordarlo en otros términos. También el comité de admisión tiene la función de evaluar si se requiere algún tratamiento, qué tipo de tratamiento y con qué recursos.

Para ir más específicamente a lo que nos convoca, cuando recibimos alguna consulta por adicción, sea espontánea, sea por derivación de algún otro efector o institución o por vía judicial (también frecuente en nuestro servicio). La primer consideración es la ubicación de qué es lo que está ocurriendo con esta persona que consulta, hasta este momento todavía no lo llamamos paciente, veremos si se requiere de un tratamiento y qué podría ser lo válido en cada caso. Esto me parece que es importante remarcarlo en relación al Servicio de Salud Mental. Se intenta sostener un trabajo caso por caso, en términos de una evaluación absolutamente individual de qué es lo que le está pasando a esta persona y cuáles pueden ser, en su caso particular, las vías de resolución de esto. Es allí donde se contempla la inclusión en algunos de los trabajos de taller. Es además bastante frecuente, en las consultas por adicciones que tenemos el trabajo a nivel de acompañamiento terapéutico.

Coincido con lo que decía el colega antes en relación al trabajo de reinserción social. Justamente hemos observado que es allí donde en muchísimos casos está la dificultad, donde está la falla. Muchas veces se producen movimientos muy importantes en los pacientes, cambios significativos, pero justamente se trata después de todo un acompañamiento para que eso pueda ser viable en la realidad concreta y que además todos sabemos, como también decía el colega, hoy es difícil, duro. Habitualmente los pacientes con alguna adicción son pacientes jóvenes y tienen muchas dificultades para insertarse en el mercado laboral porque no hay trabajo, por supuesto no es que solamente ocurra con ellos, pero hay una realidad objetiva, absolutamente adversa, se trata justamente de que ese paciente en cierto modo pueda ir a contramano de lo que la realidad le ofrezca, en ese punto contrarrestar con sus intereses, con sus deseos lo que objetivamente la realidad le

ofrece, fundamentalmente porque estamos tratando la temática de los jóvenes. Lo que decimos es a nivel de posibilidades de realización de hacer un camino propio.

En este sentido el trabajo de encontrar un camino posible nos parece realmente fundamental y es muy tenido en cuenta a nivel de acompañamientos terapéuticos personales, a veces grupales, en el caso de pacientes que por determinadas razones puedan estar haciendo experiencias juntos, por ejemplo en relación a buscar trabajo, algún tipo de emprendimiento y demás. Podríamos ver si las compañeras pueden comentar cuestiones específicas del trabajo en los talleres y después si tenemos un poco de tiempo remitirnos a algún caso concreto.

### **Prof. Graciela Casanova:**

Yo estoy coordinando en cuanto a la producción los talleres que están funcionando en el hospital de día, en lo que corresponde a Salud Mental. Trabajo en cada taller siempre acompañada por una psicóloga del Servicio. En los talleres generalmente se parte de una idea, de un gesto, de una acción que sea como visible en el momento en que se inicia. Se toma esa idea, ese gesto, esa acción y se trabaja a partir de eso que está saliendo, tornándola explícita o visible con diferentes técnicas. Las más usadas son las técnicas plásticas, las literarias y las corporales.

Cada participante del taller produce desde sí mismo en el lenguaje que más lo desee. Luego, hacia el final del recorrido que ha hecho en el taller, se trata de ver cómo eso se puede convertir en una actividad grupal. Por ejemplo si alguien trabajó con la arcilla, otro trabajó dibujando, cómo puedo hacer con eso una narración conjunta, cómo puedo hacer un cuento conjunto. Si se trabajó un mismo material cómo puedo hacer con ese conjunto de materiales alguna otra cosa. Las técnicas teatrales, que se utilizan también a nivel escolar, en este tipo de grupos nosotros las utilizamos como una manera de sintetizar lo que pasó, como una manera de poder contar lo que se sintió. No se utilizan como introducción a la actividad. Quizás la plástica siempre es más cómoda, el paciente está menos expuesto, lo corporal siempre está dado después de toda una etapa de trabajo. No siempre se puede entrar al comienzo con la exposición del cuerpo.

Las actividades no buscan habilidades ni destrezas, aunque ello puede venir por añadidura. Lo que sí se busca a través de esta producción es la creación del lazo con el otro. No interesa en sí el trabajo acabado, sino lo que ese hacer va produciendo en relación a los otros. Se tiene mucho cuidado con respecto a los materiales que se utilizan. no es lo mismo usar un cordel de nylon que usar lana, no es lo mismo usar plástico que madera. No hay una búsqueda de la estética en sí, hay una búsqueda de cuidar las calidades que el otro va a trabajar, con respecto a la forma, la textura, los colores.

Para poder mantener una continuidad en ese hacer hay paneles en las paredes donde los pacientes dejan aquello que quieren ver cuando vuelven y hay otras carpetas donde ellos van archivando cosas que van produciendo. Si son esculturas, se guardarán en cajas. Entonces ellos pueden retomar ese material cuando quieran; es más, nos sirve para volver a producir y pueden elegir sacar lo que está en la pared, guardarlo en su carpeta, colgar una cosa nueva. Hay quienes nunca han sacado la primer producción que han hecho, no han querido sacarla, han sentido que tenían cosas mejores para ellos, para mostrar, pero no han querido nunca sacar la primera producción. Hay un grupo que quizás por mayores recursos intelectuales puede llevar adelante una idea o un eje, y ese eje nació de un trabajo de ellos. En los otros grupos la continuidad viene dada más por retomar pequeñas cositas que han ido quedando.

Tanto el psicólogo que participa en el grupo, como yo, somos integrantes de un grupo, todos producimos. Lógicamente nuestra producción, la mía en particular, nunca va a ser una producción acabada, ni de experta; pero todos producimos, todos jugamos y todos reímos y lo que hay es muchísima presencia del humor. Nada más. Si después hay preguntas, continuamos.

### **Ter. Ocup. Judith Garban:**

Yo voy a hablar de otro espacio, que es el de la tarde, con pacientes que están internados en las salas. En esto estamos trabajando cuatro profesionales: un terapeuta ocupacional, Graciela y dos psicólogos más. En este espacio se los invita a los pacientes individualmente con tarjetas en las que tienen indicados los horarios. Se hace dos veces por semana, la duración es de dos horas, en donde también se comparte la merienda. Es un espacio en común; la comida tiene particularmente la significación del encuentro con otros, del diálogo, de la risa o la transmisión de historias que ellos aportan y se establecen lazos, comunicación.

En este espacio se propone una construcción de un registro distinto del cuerpo, que sorpresivamente es invitado a la producción de placer en un ámbito donde lo corporal aparece en el registro de lo sufriente, en donde también se puede decir que es algo propio del paciente que al estar internado sufre de despojo de sus cosas personales y en este espacio él puede brindarle algo a su familia porque también son invitados los familiares, los enfermeros, el médico, el jefe de sala y hasta la dirección del hospital. Todos pueden volver y hasta los pacientes cuando están externados pueden volver al espacio, y muchas las veces lo hacen.

Por la tarde se intentan producir encuentros, tiempos y situaciones placenteras y también se tienen todos estos cuidados de los materiales. Todo surge desde lo que ellos aportan y desde ahí surgen producciones y de éstas surgen nuevas producciones. Cada paciente deja algo, deja sus huellas y los nuevos aportan cosas nuevas. La diferencia con los otros talleres es la continuidad que se tiene, porque en sala los pacientes son variados, no siempre los mismos, en los grupos no está siempre la misma gente, pero siempre quedan huellas de los anteriores.

### **Dra. Adriana Huerta:**

Yo voy a hacer dos señalamientos nada más. Uno es en relación a una forma muy puntual de tratamiento de las adicciones, que son las conocidas curas de desintoxicación. Yo lo quería mencionar porque circula bastante. En distintos momentos aquí se habló de la internación como una estrategia más para los pacientes adictos. Pero no quería que se generara una confusión. La decisión de internar a un paciente adicto, por lo menos desde nuestra estrategia de trabajo, en ningún caso tiene que ver con una cura de desintoxicación.

El tema de la cura de desintoxicación aparece como una forma de resolución mágica del problema, como en otro momento en relación a la locura o a ciertos problemas psiquiátricos era la cura del sueño. Cuando había algún problema se hacía la cura del sueño y la persona se dormía tres o cuatro días, después se despertaba y la vida le sonreía y todo era un jardín de rosas. El tema de la cura de desintoxicación viene a plantear exactamente el mismo tipo de reduccionismo, viene a plantear un recorte a una problemática tan compleja como es la adicción haciéndola pasar por un problema simplemente corporal, como problema de un cuerpo saturado de una droga al cual si se lo interna y se lo somete a determinado tipo de tratamiento se lo va a "limpiar" y una vez limpio se levanta y nuevamente la vida le sonrío. Está claro que esto no resulta, no sirve.

Quería hacer esa salvedad, esa diferencia. La internación de un paciente adicto tiene que ver con otras lógicas. Por ejemplo, cuando un paciente adicto está descompensado porque tiene su propio nivel de desborde, su propio nivel de descontención y hay carencia de una red afectiva, familiar o social, que lo pueda contener, entonces muchas veces surge del mismo el paciente el pedido de internación como una forma simplemente de contención, de poner cierto límite al sufrimiento. A veces las paredes institucionales (por decirlo metafóricamente) operan en este sentido. Nosotros a veces damos lugar a esto, sobre todo teniendo muy en cuenta que el hospital Alberdi es un hospital general y esto no produce los efectos de discriminación que por allí suelen tener las internaciones institucionales psiquiátricas.

Lo otro que yo quería mencionar simplemente es que el tema de las adicciones, y cuando hablo de adicciones hablo también de alcoholismo, es una temática que a quienes trabajamos en el sector público nos preocupa mucho, sobre todo porque sabemos que la respuesta que estamos dando es absolutamente insuficiente. Sabemos realmente que de la prevalencia poblacional que hay en relación a este tipo de problemáticas, el sector público, y en general los sectores asistenciales, pueden absorber un mínimo de esa población. Es una población que en su mayoría no consulta, no llega a los servicios de Salud. Es más, yo creo que absorbe mucho más esta problemática el sector judicial, porque son situaciones que terminan tarde o temprano en situaciones delictivas y por lo tanto entran a recorrer un circuito judicial, y el sector Salud sigue quedando por fuera. Podemos dar respuestas parciales a algunos grupos, pero no nos engañemos: la gran base del problema sigue caminando por fuera de los circuitos de atención. Esto sí es un desafío para el sector Salud: pensar políticas que puedan absorber esta población.

También está claro que tomar la decisión política de atender esta problemática no es sin costo, de pronto aparece financiación para un montón de problemáticas de Salud de otro orden, aparece dinero para financiar campañas de atención de prevención de un montón de cosas en relación a otro tipo de cuadro, otro tipo de patologías; pero por alguna razón lo que tiene que ver con la adicción termina no siendo financiado, aún a pesar de saber de la gran difusión de esta problemática. Evidentemente hay allí intereses que van más allá del sector Salud. Yo recordaba lo que me decía una paciente adolescente que había venido a consultar al servicio. Le pregunté cómo tenía acceso a la droga, ella me decía: "en mi barrio es más fácil conseguir droga que ir a comprar una aspirina al quiosco". Hablamos de resolver la problemática de la adicción, pero para poder resolverla indudablemente hay que trabajar en distintos niveles, habría que trabajar con el nivel del que está distribuyendo, del que trafica; pero eso queda siempre eludido. Yo simplemente quería señalarlo. Nada más.

## **Preguntas y Aportes**

Quiero retomar lo que dijiste, que todos los que trabajamos en el sector público, ustedes desde la Salud, nosotros desde la educación, sabemos que lo que hacemos, al acercarnos, es poner un pequeño granito en la solución del problema de las adicciones; no es más que un pequeño granito. No podemos luchar contra algo tan grande.

Yo soy docente de una escuela diurna y de una nocturna de sectores bien marginales de la ciudad donde el problema de las drogas y la adicción al alcoholismo están presentes todas las noches y todos los días. En la escuela nocturna lo que analizamos, ya desde el año pasado, es que si el alumno no va a la escuela, deberíamos tratar de que la escuela se traslade al lugar de donde ese alumno proviene. A veces no asisten por falta de ropa, porque sienten que para entrar a la institución tienen que estar vestidos distintos. Abrimos un grado en el

medio de la villa. Me pregunto por qué no acercar(o a lo mejor ya lo están haciendo) desde el sector Salud los centros de prevención a las adicciones a los lugares donde están la mayoría de los pacientes. A nuestros alumnos podemos hacerles llegar algunas pequeñas soluciones o indicaciones de dónde pueden acercarse a buscar una solución, pero no van porque no tienen para la tarjeta del colectivo, no tienen ropa.

Yo creo que si entramos a trabajar juntos, Salud con Educación, vamos a encontrar los lugares. Concretamente, en nuestro sector, ya tenemos un lugar y lo empezamos a ofrecer para que alguien de Salud que trabaje con adicciones pueda ir en el momento en que nosotros no ocupamos el lugar.

Un solo señalamiento. Me parece muy interesante la alternativa que ustedes encontraron ante estas dificultades. Desde el sector Salud tratamos de pensar en estrategias de ese tipo. Creo que la dificultad en este momento, en buena medida pasa por cantidad de recursos, en el sentido de que el sector Salud está casi en un momento de estallido, momento en el cual un montón de dificultades y problemas de la gente que tienen que ver con carencias en otros niveles, como carencias de empleo, de ingresos, son derivadas naturalmente al sector Salud, es como que buscan las respuestas en este sector. Entonces el sector Salud está en este momento absolutamente desbordado por la cantidad de demanda y al mismo tiempo en un momento político donde se tiende justamente al retiro del Estado en el apoyo que históricamente daba a este sector y al sector Educación, etc. Creo que muchas veces se nos dificultan otras redes alternativas porque nosotros mismos, como trabajadores, estamos en un momento de saturación, como desbordados por aquellos que nos consultan. Pero es muy válido como estrategia.

Este curso fue pensado como posibilidad de que el sector docente pudiera ir incluyéndose en esto que pensamos como redes - redes preventivas, redes asistenciales - donde la escuela y los docentes pasaran a ser un posible eslabón más dentro de esta cadena de servicios. Lo que dice Adriana es cierto, tenemos muchas dificultades, no solamente en cuanto a la cantidad de recursos, sino en lo que hace a espacio físico. El programa de Hospital de Día está trabajando dentro de un hospital general, con los mismos recursos, con todo lo que eso implica. La idea es trabajar conjuntamente frente a este grado de deterioro de los vínculos y frente a estas problemáticas que superan la capacidad de resolución del sector Salud. Son problemáticas sociales. Las respuestas deben ser de conjunto y con la interacción de todos los sectores. Creemos que no necesariamente es el centro de prevención el que se tiene que acercar a la escuela, sino en todo caso ver cómo se pueden articular trabajos en conjunto.

De acuerdo a lo expuesto quiero hacer un comentario. Yo trabajo en el Tribunal y veo justamente todo lo contrario, cuesta mucho la espontaneidad, la participación en grupos o el hecho de poder organizar algún taller. Realmente me resulta muy difícil porque no es que en el Tribunal Provincial trabajamos el tema de la droga, pero sí trabajamos con los que cometen delitos por la droga. No sé si estoy equivocada, pero muchos cometen delitos por la droga. Entonces son muy pocas las posibilidades de que los detenidos, cuando llegan y los notifico por autorización del juez de la resolución, pidan ayuda. Son pocos pero los hay. Realmente es un ambiente donde el detenido va en "perdedor" (entre comillas porque no quiero lastimar), porque ya comete delitos, porque es un drogadicto y porque hoy sabemos cuál es el porcentaje de recuperación. Es bastante difícil. Generalmente pregunto si él quiere recuperarse; si veo que hay voluntad lo intento. Por ello es que hoy estoy acá, para averiguar y para informarme porque me falta bastante de conocer. Yo pude implementar esto y el juez abrió también la posibilidad en reunión con otros jueces, ante una mayor facultad de ellos para poder trabajar en grupos

sin tantas autorizaciones. Pero no todos se manejan de esta manera y es muy difícil porque es un ambiente bastante cerrado.

Trabajo en el Juzgado de Instrucción N° 9, donde los delitos son mayores. Lo concreto es que podré colaborar de otra manera más adecuada si ustedes me tiran una nueva idea. Sé que vengo para llevarme más interrogantes que respuestas, pero si puedo llevarme algún otro elemento más lo voy a tratar de aprovechar.

Nosotros trabajamos mucho con los juzgados y con chicos detenidos. Últimamente estoy trabajando en la Unidad 3 por parte del Programa Andrés y voy a distintas comisarías a trabajar con los chicos que piden tratamiento. Lo que vos decís es cierto, es muy difícil implementar el tratamiento en presos, en primer lugar porque la demanda viene casi siempre de la familia, casi en el 100% de los casos. Como uno no puede saber si la persona detenida tiene voluntad o no, lo primero que hay que hacer es entrevistar al adicto. Antes si la policía no te llevaba los chicos a tu institución para que vos los veas se cortaba el trabajo, entonces nosotros empezamos a salir, empezamos a ir a la cárcel, a las comisarías.

Debemos tener en cuenta que todo preso lo que quiere es la libertad y después, si tiene ganas o le gusta, el tratamiento. Vos decís que es muy difícil organizar un taller, un grupo o una motivación con los chicos detenidos y es verdad, porque vos tenés un paso anterior para hacer.

Para ellos implica una distancia; el Tribunal implica una distancia para toda la gente. A lo mejor, lo indicado no sea tanto un taller, porque es muy difícil poner a mucha gente en disposición para trabajar en grupos; es muy difícil que en el Tribunal se puedan introducir ideas abiertas.

Si bien el Tribunal, no es un lugar de asistencia, es justamente ahí adonde la gente generalmente acude o adonde está por un delito. Si tenemos esa cantidad de gente, ¿qué se puede hacer? Ése es el caso concreto. Es cierto que no va allí para una asistencia, sino que ya se presenta con la consecuencia, ¿qué se puede hacer?

A mí la sensación que me da es que vos te estás planteando: cómo desde el mismo Tribunal dar respuesta a este problema que estás leyendo como no estrictamente judicial. Lo que yo creo es que esa respuesta no la puede dar el sector judicial mismo. El sector judicial tiene que articularse con el sector Salud y en todo caso hay una acción conjunta de ambos sectores para responder a esto. Pero me parece que el mismo Tribunal no puede responder, además porque es totalmente persecutorio que sea él quien organice un tipo de salida para un paciente que ha delinquido y está detenido por alguna causa.

Hay distintas experiencias, yo voy a contar una experiencia. Lo que decía la colega sobre el acercamiento del sector Judicial y el sector Salud tiene que ser así para poder llegar a una respuesta de lo que se ha planteado. Desde el Tribunal no van a poder prestar asistencia en Salud a un chico drogadicto y aparte no es la función del Tribunal. Hay experiencias muy interesantes, yo en un momento estuve por hacerlo acá en Rosario, todavía no sé qué va a pasar. En Buenos Aires se está tratando, está casi formalizado, en la cárcel de Devoto, en un pabellón va a funcionar probablemente una comunidad terapéutica interna para las personas que manifiesten el deseo de recuperarse. La derivación a otras instituciones es muy válida. En el programa trabajamos con chicos adictos detenidos de todo el país: con el Juzgado Federal de Salta, el de Misiones y otros. Es válida la derivación a la institución, pero tenés un paso anterior y es que el detenido deje de considerar que obtuvo la derivación a tratamiento para pasarla mejor, y sí que se considere paciente en recuperación, adicto en recuperación. Esto se puede hacer de muchas maneras, con derivación o la posibilidad de que se abran tratamientos internos. No

se trata de la libertad; si delinquiró y el sistema judicial o penal lo condenó, eso no tiene nada que ver con lo otro. La idea es apostar a la recuperación, a la cura de una enfermedad.

Quería contestarle a Gabriela, porque ella se ha acercado varias veces a hablar al Centro de Prevención. En realidad, creo entender que lo que se plantea es que está faltando un trabajo con los jueces (y en eso acordamos). Nos falta abrir espacios, justamente para conversar sobre estas cuestiones, porque hay una especie de modalidad instituida por parte de los juzgados, sean provinciales o federales, donde con este tipo de pacientes directamente dictaminan internaciones sin que medie una evaluación previa de un equipo de profesionales especializados (psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales) para poder pegarle otra vuelta a esto. Habría que pensar si todos esos pacientes detenidos necesariamente tienen que ser internados y no pueden entrar en modalidades de asistencia de día o en tratamientos ambulatorios. Ésta es una instancia de trabajo que nos falta, que tenemos que darnos pero que es realmente muy compleja.

No solamente el tema es con los jueces. Yo en realidad estoy pensando en los empleados. Los jueces es muy difícil que se trasladen a otros lugares porque ocupan un lugar que les genera otras obligaciones. En cambio los empleados han hecho reuniones con jueces y se abrió la posibilidad que comenté antes de tener ellos mayores facultades para determinados procedimientos o situaciones. Cuando se organice una reunión de empleados había pensado en convocarlos a ustedes para que nos vayan capacitando. Uno de los temas sería drogadicción.

Hay dos temas distintos. Con Patricia ya hemos hablado en varias oportunidades el tema del acercamiento con los jueces. Últimamente hay una apertura del sistema judicial en cuanto al reconocimiento de la adicción como una problemática de Salud y no solamente como una problemática delictiva. Porque la adicción no es una problemática delictiva, que tenga consecuencias delictivas es otra cosa. Se está dando una apertura del sistema judicial que es positiva, en algunos casos sale bien y en otros sale mal: algunos chicos se recuperan y otros se fugan. Es como cualquier paciente que viene de la calle, hay muchos que siguen y muchos que abandonan.

De todas formas me parece interesante esta polémica porque pone de manifiesto cuáles son los sectores indispensablemente involucrados en la problemática de adicciones. Un abordaje de la problemática de adicciones sin tener en cuenta el sector Salud, el sector judicial y el sector Educación, es inviable. Justamente son las tres patas indispensables a nivel de ajustar tratando de discriminar qué cuestiones exceden a estos campos y en qué cuestiones podemos hacernos cargo y empezar a rever determinadas cuestiones articulándolas y sumando esfuerzos.

Nosotros trabajamos con pacientes detenidos, que vienen por orden del juez. Otros de los pacientes que tenemos en tratamiento en este momento no están presos, pero tienen muchísimos antecedentes de robos y demás. Habitualmente tenemos bastantes dificultades con el sistema judicial. En ese sentido no hemos podido darnos un trabajo, a pesar de considerarlo siempre indispensable. Porque hay cuestiones que por no poderse trabajar con el juez o a nivel de Tribunales, después nos retornan desde otro lugar muchísimo más complicado. Son cuestiones que vamos dejando generalmente porque no alcanzamos a responder todas las demandas del Servicio y después las consecuencias son importantes. Está clarísimo que se impone un trabajo interdisciplinario de sectores, que incluya a la Justicia.

Pero para poder establecer un puente entre Justicia y Salud es necesario que en el primer sector se entienda que ahí hay un problema que en parte concierne a Salud, que no se trata de una mala persona, que no es solamente un delincuente, si bien

en un nivel de registro es un delincuente. Y es importante no soslayar esta cuestión: si ha cometido algo por fuera de la ley deberá necesariamente rectificar esto por vía de una condena; eso es lo que permite seguir siendo alguien de la sociedad, igual a todos. En otro nivel, y es el que nos compete, se trata de un sujeto que no puede hacer otra cosa, un sujeto que sufre y no puede superarlo, fundamentalmente no puede no hacerlo y necesita ayuda.

Yo quería agregar algo que me parece debe quedar como síntesis: antes de llegar a esa instancia, creo que debemos multiplicar los esfuerzos y preocuparnos como docentes de prevenir. Ayer justamente les decía a mis alumnos que cada vez más cerca nuestro la droga golpea la puerta y hay que decirle no. Cómo fortalecernos nosotros desde nuestros ámbitos, ya sea como educadores, vecinalistas o lo que sea, porque en los barrios, en todas las zonas de la ciudad la penetración es cada día mayor. A veces uno dice "a mí nunca me va a llegar", "a mí nunca me pasó", hasta que se entera que hay un primo, un amigo o un vecino que está. Cómo hacer el efecto multiplicador. Creo que desde las organizaciones gubernamentales que bastante hacen por la Salud en esta ciudad, en esta parte hay que fortalecerla: organizar lugares de perfeccionamiento de personas que tengan interés, colaborar con el sector Salud para multiplicar los esfuerzos. Creo que en medio de esta sociedad consumista y con el deterioro de los valores, no alcanzan todos los esfuerzos que podamos hacer para contrarrestar esta problemática social de las drogas. Yo trabajo en zonas marginales y no tan marginales y es de terror. Y veo, además, cómo disminuyen año a año las edades afectadas por el problema.

Estoy de acuerdo y creo que la función de los docentes en este sentido es clave. Y me parece que la primera cuestión preventiva es propiciar la circulación de la palabra. Justamente la droga está en el lugar de lo que no se puede decir, cumple el lugar de algo que no puede ser planteado en otros términos. En ese sentido creo que los docentes tienen una función básica en términos de propiciar que los chicos puedan decir, no sólo hablar sino expresar lo que les pasa.

Es muy válido poder revertir esta frase: "la droga te golpea la puerta", la droga no te golpea ninguna puerta, la droga es un objeto. La cuestión es poder no ser cómplices. Cierta vez hablando sobre campañas de prevención, una persona dijo "la única campaña de prevención válida es que estén enterados desde el presidente de la Nación hasta el cartero de qué hacer cuando ve a alguien que tiene problemas de este tipo". La droga es un objeto, no se te mete sola en la nariz, no se prende sola....

Creo que está claro el compromiso que tenemos que ir tomando cada uno de nosotros; si no, nos convertimos en cómplices.

Yo quería comentar un caso que pasó en una escuela, en la cual un chico se había puesto muy agresivo, le pegaba constantemente a sus compañeros, no lo podían controlar. La escuela debe adoptar una actitud: o deja hacer y deja pasar, o toma una medida. Entonces se consultó con algunos psicólogos y lo que hicieron fue ponerle un límite al chico, le dijeron "así no podés seguir, lo que tenés que hacer es optar: o hacés un tratamiento o te alejás de la institución". A mí en un principio me pareció una cosa bastante dura, pero parece que dio resultado. El chico se alejó durante un tiempo, no volvió a la escuela por unos meses y después - parece que ese fue un disparador - inició un tratamiento y volvió a la escuela. Uno como docente no sabe qué hacer, no sabe qué actitud tomar frente a un problema determinado cuando ya empieza a descontrolar. Es importante que el chico lo resuelva y que haya un límite. Me pareció después que no estaba tan mal la actitud porque sino ¿lo queremos realmente si lo dejamos hacer cualquier cosa? Es como para pensarlo y debatirlo.

Hay cuestiones en la adolescencia que son de rebeldía, la adolescencia es pura rebeldía. Hay que tener cuidado cuando uno dice que hay que poner un límite y ver hasta dónde uno no está aplastando cuestiones que son normales de la rebeldía de la adolescencia. Hay que poner límites; sí, en determinados momentos, pero hay que ver qué límites, cuándo y a quién.

Cuidado, porque a veces se confunde entre prohibición, autoritarismo y poner límites. Uno de los componentes fundamentales de los adolescentes es la inseguridad, que puede incluir, con todo lo grande que es, el problema drogas. Puede ser que el chico pruebe las drogas por distintas circunstancias, incluso con el bagaje que trae de su casa y el bagaje social, sobre todo en esta época. Fundamentalmente el chico busca los límites; no les gustan, va a protestar siempre, va a tratar de empujar más allá, pero el límite le da seguridad, que es un elemento fundamental. No hay que tener miedo a poner límites, cuidando que no sean autoritarios o antojadizos, pero si algo es hasta acá, no es hasta allá. Lo que más quiere el adolescente son tener las reglas de juego claras. Respeta a quien le sabe plantear las cosas con equidad y firmeza. No acepta jamás, y se cae al piso la persona que hoy dice una cosa y mañana dice otra. Entonces no hay que tener nunca miedo, como docentes, a saber poner límites. El ejemplo que dio la participante justamente lo plantea: el chico vio el límite, empieza a tener seguridad. Nos pasa a nosotros también, cuando empezamos a no tener límites tenemos una inseguridad tremenda: ¿a dónde vamos?, ¿a qué destino?. Cuando sabemos a qué atenernos, sabemos cómo son nuestras fuerzas, a dónde podemos llegar, ahí nos sentimos seguros; y eso que tenemos un mayor bagaje de experiencias, por razones de edad nada más, que las que tiene un adolescente. Pero cuando uno denota firmeza, que no es autoritarismo, hay gente que confunde y cree que "la libertad es libre", pero es mentira, quién dijo que la libertad es libre. Desde el momento que el viejo axioma de instrucción cívica dice: "la libertad de uno termina donde comienza la del otro", ya hay un límite. No hay una libertad absoluta y desde el momento en que se vive en sociedad con más razón. A veces los docentes tienen miedo que lo traten de autoritario, pero se es autoritario si al chico no se les dan razones para los límites. Entonces, tiene que ver dos cosas: el límite y la razón. El límite por sí solo no sirve, pero es muy importante para el adolescente, le da seguridad.

#### ATENCION EN LAS INSTITUCIONES

Equipo de Salud Mental del Hospital Alberdi: Puccio y Agrelo lunes y viernes a las 8:30 hs.)

Programa Andrés 27 de Febrero 1775

En el programa funciona un departamento de capacitación gratuito. Invitación para todos los que tengan interés

# Experiencias Educativas

Psic. María Cristina Rasini

T.S. Ana María Cámpora

Psic. Graciela Blank

Docente Cecilia Ojeda

Docente Marcelo Doménech

Docente María Teresa Salmerón

Psic. Mirta Torregiani (Coordinadora) Jornada 18

Psic.M. Torregiani: - CePA-

Hoy, por ser el último día de capacitación docente, quiero decir algunas palabras en nombre del Centro de Prevención. Primero les quiero agradecer la presencia a todos ustedes y agradecer el interés que la temática de adicciones les ha generado. También a todos los panelistas que nos han acompañado. Cada uno de ellos, desde sus distintas disciplinas, nos han permitido acercarnos a la problemática de las adicciones. Por otra parte, desde el Centro esperamos que el curso haya cumplido con algunas de las expectativas de ustedes, que pueda ser de utilidad lo trabajado y, sobre todo, remarcarles una intención del centro: que este contacto que hemos establecido tenga alguna continuidad en el tiempo. Esto también tiene que ver con la posibilidad de articular Educación con Salud, pero más concretamente lo que tiene que ver con la práctica docente y la práctica de los profesionales del Centro de Prevención en Adicciones.

Les voy a presentar los dos equipos. Por una parte están integrantes del Centro de Prevención en Adicciones, tenemos a la Dra. María Cristina Rasini que es médica psiquiatra, Ana María Cámpora que es licenciada en Trabajo Social y Graciela Blank que es psicóloga. Ellos nos van a hablar acerca de los lineamientos generales del Centro de Prevención, de los conceptos más generales que dan origen a nuestra práctica y van a desarrollar nuestros lineamientos en los dos campos de trabajo que consideramos prioritarios en prevención de adicciones: el educativo y el comunitario.

El otro equipo de trabajo está formado por docentes de la escuela 798 "Echavarría": Celia Ojeda, Marcelo Domenech y Maria Teresa Salmerón, quien además es vicedirectora de la escuela. Ellos nos van a contar una experiencia realizada en la escuela donde trabajan, en relación con un taller de formación docente que también desarrolló el Centro de Prevención en Adicciones en el año '95. El objetivo general de esos talleres era que los docentes que participaran pudieran idear estrategias de prevención, que pudieran hacer un proyecto en prevención de adicciones y que lo pudieran llevar a sus respectivas escuelas. Por eso creímos pertinente que fueran ellos los que cerraran este curso de formación docente, porque nos van a dar cuenta de una experiencia concreta que han

---

<sup>18</sup> Mesa redonda de cierre, curso de capacitación docente organizado por CePA, 5/7/97

sostenido durante los años '96 y '97 y tienen intenciones de continuar. De modo que esto va a ser realmente un ejemplo de cómo un docente puede trabajar la cuestión de la prevención en su práctica cotidiana.

### **Dra. M. Cristina Rasini:**

Voy a comenzar abriendo un poco los conceptos alrededor de salud. Tradicionalmente desde la Medicina se ha visto al hombre en su división: mente - cuerpo, para poder desde estos "fragmentos" de la persona profundizar la investigación. Ese era un ideal teórico de la Medicina. Se intentó siempre tomar parámetros medibles, utilizados y definidos por la misma Medicina, llegando con esto a una fragmentación del hombre. Esto lo tenemos muy claro en la multiplicación de especialidades. Y su resultado: una dificultad grande para ver al hombre en su totalidad, en su integración.

Otra característica de este abordaje fue considerar a la salud como un fenómeno de la naturaleza: alguien se enfermaba porque era algo que venía como natural. Enfermedad tenía que ver con lo natural y un individuo tenía posibilidad de enfermarse desde su papel o desde lo que la naturaleza le había otorgado, le había dado como organismo, como mente. Esta corriente se fue modificando con el tiempo y cada vez se revierte más.

Hoy sabemos que la enfermedad no se puede definir de una manera objetiva. En esto de la definición de la enfermedad siempre hay intereses de grupos, intereses de investigadores, intereses de médicos, de clases sociales, siempre hay algún interés social. Entonces me pareció más conveniente en vez de empezar con estas definiciones hechas desde la OMS, empezar con otra visión de la salud. Nosotros consideramos que salud tiene que ver con el bienestar, de lo que un individuo siente como posibilidad de sentirse satisfecho, de obtener gratificaciones, de tener cierta alegría, sin negar estas situaciones de atravesamientos de crisis vitales, de dificultades, de cambios, que van a desequilibrar, que son siempre retos para volver a la satisfacción plena.

Siguiendo estas líneas, cuando pensamos una enfermedad ¿qué pensamos?, ¿en una infección con una bacteria?, ¿en un virus?, ¿en una sustancia tóxica que nos entra y nos produce determinada alteración?. Ésta quizás es la postura que tomamos más rápidamente. Siempre intentamos buscar La Causa (con mayúscula). El Dr. Guisen hablaba de dos posturas posibles en estos temas, con dos líneas diferentes, la hipocrática y la socrática. La hipocrática con la búsqueda de la receta y la socrática con la búsqueda de preguntas, de interrogantes.

Si elegimos seguir con esto de la disociación lo que nos perdemos es de la otra posibilidad: ver al hombre en una visión más integradora, más totalizadora. Los nuevos paradigmas epidemiológicos, las referencias que se utilizan desde las ciencias médicas para tratar de pensar cuáles son los factores que van posibilitando el desarrollo de las enfermedades en una población, cada vez más consideran el momento histórico y especial que vive un individuo. De esta manera, cualquier deterioro orgánico es imposible de abstraer de estos momentos individuales y sociales que está viviendo una persona. Un ejemplo que se me ocurrió, creo que está al alcance de todos y que lo sufrimos muchos, es el de la sobreadaptación, esta cosa de estar respondiendo continuamente a horarios, a exigencias para tratar de sostener lugares que hacen que cada vez nos metamos más en una vorágine. En un momento dado el individuo no puede soportar esto tan naturalmente y empieza a sentirse mal, empieza un malestar inespecífico, empieza el nerviosismo, los dolores de cabeza. Me pregunto: ¿esa persona se considera enferma? Esta persona probablemente continúe con esto y en un momento dado sienta que tiene acidez de estómago, entonces va al gastroenterólogo, otro día se toma la presión y tiene 18,

empieza con hipertensión, entonces va al cardiólogo, y también puede ser que en un momento dado desarrolle una infección grande o hasta un cáncer.

Evidentemente la enfermedad no ha sido el contacto con ese germen o virus, sino que ha sido todo esto que lo conocemos como parte integrante de este síntoma, síndrome de sobreadaptación.

Con respecto al tema nuestro, para ver esto de la relatividad de las definiciones, cuando se le preguntó a un investigador en Francia, en un centro de investigación y asistencia de las toxicomanías, a quién consideraba toxicómano, dijo que en realidad toxicómano es aquel que se reconoce o se reivindica como tal. Entonces, evidentemente, él no se animó mucho en esto de las definiciones.

He traído algunas otras ideas de lo que puede ser una enfermedad. Para ejemplificarlo: la tuberculosis o el SIDA. Una persona puede estar en contacto con un huésped como puede ser el bacilo de Koch para la TBC, como el HIV para el SIDA, puede estar este huésped dentro del organismo pero no necesariamente ser un enfermo. Para que enferme van a jugar muchos factores: la alimentación, el estado emocional, qué tipo de continencia afectiva tenga, qué grado de tranquilidad, qué es lo que está viviendo en ese momento. Por ahí alguien que tiene la infección por HIV no se entera en años. En las investigaciones epidemiológicas cada vez se pone mayor hincapié en esto de la integración, de ver a la persona como una integridad. Imposible de separar los ambientes personales e impersonales, los planos no se separan, son simultáneos. Hay simultaneidad, ni siquiera cadena, de lo genético, de lo social, de lo individual.

Las respuestas que vamos dando desde la Medicina también se van pensando - aunque a lo mejor en la práctica no se dé - cada vez más integralmente. A propósito de esto también me impactó una investigación norteamericana sobre terreno. Se estudió a un grupo de soldados que estaban en el frente de batalla. Con resonancia magnética (que es una técnica de diagnóstico por imágenes) se vio que a mayor estadía en situaciones de stress, de situaciones peores en el campo de batalla, se producía una disminución orgánica de un núcleo que tenemos en el cerebro, el núcleo del hipocampo, que tiene que ver con el aprendizaje y con las emociones. Lo encontraron reducido en todo ese grupo de soldados.

Volviendo a nuestro tema, en este marco, creer que porque una persona se pone en contacto con una droga o tiene un encuentro con una droga, va a tener los mismos resultados que cualquier otro, es simplificar mucho la cuestión. El síndrome, el cuadro de toxicidad, la adicción, el consumo o el abuso, van a tener distintas características de acuerdo a la historia de ese individuo. Desde su nacimiento, qué alimentación tuvo, qué contactos humanos tuvo, cuál es su desarrollo emocional, qué pasó con su escolaridad, y por supuesto con sus relaciones familiares. Es un cuadro que no empieza con la droga misma, empieza antes, durante y va a continuar de acuerdo a las respuestas. No podemos dejar de lado lo social general: qué pasa con sus horas de ocio, con sus proyectos, con sus posibilidades o no de proyectos, con su trabajo, etc. Y también, personalmente pienso esto de las preguntas acerca de lo existencial, un tema fundamental en esto del tema de drogas. Ç

Entonces no debemos acotar a uno solo de los factores cuando son tantos los que intervienen en toda esta producción de una enfermedad. Hacerlo acotadamente es marginar y es intentar distinguirnos de los otros, de marcarlos "éste está en este grupo al cual no pertenezco". Fundamentalmente esta especie de defensa aparece cuando se enferma alguien cercano a nosotros, que pertenece a nuestro grupo social: un alumno, un compañero, un colega. Cuando hay un "enfermo", alguien que empieza con una sintomatología, nos da angustia porque está cerca, entonces

intentamos clasificarlo. La cuestión es no marginar, sino tratar de pensar y de abrir preguntas acerca de esto que estamos compartiendo. Lo que he pretendido es abrir el concepto de salud y pensarlo en cuanto a nuestra propia responsabilidad con lo que significa este concepto para nosotros y con respecto a nuestro entorno.

### **Dra. Graciela Blank:**

Cuando teníamos que intentar ponerle un título a estos encuentros que organizamos, nos resultaba bastante difícil. "¿curso de adicciones?": no. No es un curso de adicciones. "¿Curso sobre drogas?": no, tampoco. Se nos ocurrió este otro: "Un acercamiento a las problemáticas de las adicciones", que fue definitivo. En realidad no sé si nos conformaba demasiado, pero implica que acercarse a esta problemática es asumir un posicionamiento ideológico y conceptual desde el cual abordarla.

Como Centro de Prevención tomamos como punto de partida para este acercamiento el marco social que es el que posibilita y entretiene la multiplicidad de hilos (cuestiones políticas, económicas, sanitarias, policiales) y algunos de estos efectos que llamamos adicciones.

Nosotros formamos un equipo interdisciplinario. Lo integran una médica psiquiatra, antropólogos, trabajadores sociales y psicólogos. Prevenir para nosotros implica una actitud y un compromiso, no es una postura. Hay una actitud de prevención que es previa respecto al objeto que se quiere prevenir. Porque en última instancia la prevención, como hecho, depende desde qué planteo se hace y fundamentalmente con qué actitud se hace. Si pensáramos que el problema de las adicciones tiene como origen y como culpable al hecho de que existan las drogas, todos nuestros esfuerzos desde la prevención tendrían que estar destinados a combatir las drogas. Si nosotros pensamos que es un flagelo, como tantas veces escuchamos: "El SIDA y las adicciones como un flagelo", lo pensamos como algo que nos viene desde arriba, un castigo de Dios, algo que nos llueve, y frente al cual podremos tener un enfoque evangelizador o desde la religión o desde distintas prácticas que tendieran a combatir este flagelo. Si pensamos, por el contrario, que los que consumen drogas son delincuentes o que es un vicio, lo tomamos desde un punto de vista moral y desde allí haremos nuestro abordaje.

Pero en realidad, para nosotros el tema de las adicciones no es un fenómeno externo que podamos controlar con paliativos o intervenciones aisladas. Pensar esta problemática nos lleva a un cuestionamiento de nuestra propia vida, de nuestras propias costumbres, de nuestro entorno social, de nuestros hábitos, valores y modos de relacionarnos. No significa saber y responder todas las preguntas. Es trabajar con una problemática en vivo y en directo. No es enseñar o transmitir contenidos: es utilizar un determinado marco teórico desde el cual cada uno realiza su práctica, complejizado, enriquecido, cuestionado, por otros discursos de cada una de las disciplinas que intervienen en estos abordajes. El objetivo general es tratar de destrabar los prejuicios, develar mitos, aliviar sometimientos, que obturan o limitan la capacidad de pensar.

Por eso trabajamos con la concepción de prevención inespecífica. ¿Qué significa esto? Nosotros no centramos la problemática en la droga y sus efectos, o en la droga como objeto a combatir. Tratamos de situarnos en este escenario social, condicionado en cada uno por su historia individual y familiar y en este entorno que posibilita y da el marco adecuado para que la adicción se produzca. Nuestro trabajo se abre en distintas líneas. Tiene como objetivo general tratar de generar en la comunidad propuestas alternativas diferentes al consumo de drogas. Sabemos que

el consumo de drogas es también una "propuesta alternativa", una "solución alternativa", a los conflictos que la sociedad plantea.

Esas propuestas alternativas que buscamos, no se refieren a grandes proyectos, son tantas como la imaginación, la capacidad de conjunto y la creatividad de un grupo, puedan originar en un determinado momento. Pasan por alentar todas las actividades que tengan que ver con la participación, que revalorizan el valor comunidad a través del sentido de protagonismo. Esta participación no es una panacea en sí misma, tiene que estar articulada con otros aspectos de la comunidad. En algún momento puede ser una propuesta de tratamiento. Es decir, ustedes como docentes, si en un determinado momento encuentran algo que no funciona, una propuesta de solución puede ser relacionarse con un centro de Salud, con un hospital, con alguna institución que pueda hacerse cargo de algún alumno que necesite un tratamiento. En otro momento puede ser una intervención institucional. En otro momento puede ser una acción política. La prevención parte de intervenciones interdisciplinarias que permiten procesos en los cuales se hagan más conscientes los conflictos y los recursos para intentar abordarlos y resolverlos.

De esta manera es posible la transformación de situaciones de malestar. La anulación del malestar tanto social como individual es una ficción, nuestra apuesta en este trabajo es intentar desarrollar capacidades que permitan enfrentarlo con mayores recursos. ¿Por qué los convocamos a ustedes docentes, en estos encuentros? Porque en virtud de lo que venimos escuchando en distintos encuentros, se deduce que el campo de la Educación y el de la Salud están íntimamente ligados.

¿Qué roles jugamos desde la prevención? Somos profesionales interesados en una misma problemática, por eso estamos aquí. Cuando discutimos cómo aproximarnos a los docentes surgen siempre planteos: "los docentes están muy ocupado", "les endilgamos todo", "tienen que enseñar, tienen que transmitir conocimientos, tienen que despiojar a los chicos, tienen que alimentarlos, tienen que hacerse cargo de todo". No es esa nuestra intención. Sabemos que a veces el resultado es ése y sabemos que a veces lo viven de esa manera. Pero también sabemos que quienes mejor pueden apuntar a los objetivos antes mencionados son justamente ustedes, que comparten cotidianamente la vida con los jóvenes y con los niños, que saben de sus dificultades, que conocen sus dolores, sus inquietudes y que padecen junto con ellos el difícil y espinoso camino que es vivir, enfrentar frustraciones, en situaciones que muchas veces los sobrepasan. También sabemos que no se previene en un día con la charla de un especialista. Educar para la salud, para la autonomía, para aceptar dolores y frustraciones, disfrutar de lo posible, respetar y hacerse respetar, etc., es algo permanente que no se resuelve con intervenciones aisladas y que no es mensurable en corto tiempo. Como todo proceso, lleva marchas y contramarchas, necesita tiempo y la sucesión de múltiples acciones diferentes. Es por esto que creemos insoslayable el papel de la comunidad educativa en relación a la prevención. Los medios de comunicación, las campañas masivas, los especialistas, podemos acompañar, orientar, intervenir, apoyar este proceso, pero no pueden reemplazar de ninguna manera la labor de ustedes.

Para todo esto se puede apelar a distintas estrategias: trabajo conjunto de la escuela con los centros de Salud, con los padres, con vecinales, clubes. Cualquier espacio social puede servir al logro del compromiso social. La cuestión es cómo aprovechar estos espacios para que funcionen como verdaderos lugares productores de actitudes críticas, reflexiones, encuentros, desencuentros, donde la relación con el otro me forme y conforme, donde se puedan plantear interrogantes y recibir algunas respuestas que abran a nuevas preguntas y a nuevas actitudes.

Esto en sí es algo creativo, un gesto nuevo, una idea que se abre, una inquietud que nace, una pregunta que me hago y hago a los otros, puede dar lugar a cambios. Ésta es nuestra apuesta en este trabajo.

Una estrategia a la cual le damos mucha importancia se refiere a formar redes de trabajo. ¿Qué significa esto? Tratamos de abrir espacios en relación a los Centros de Salud relacionándolo con lo que decía mi compañera, pensar desde qué lugar se nombra la salud. Tratamos de ver si es posible cuestionarla, sacarla del mero lugar del asistencialismo. Sabemos que esto es algo dificultoso, que cada uno está parapetado en su rol, en el ejercicio de su profesión y que resulta difícil abrirse a nuevos espacios, a nuevas modalidades. Nosotros intentamos hacerlo, intentamos trabajar con los Centros de Salud, con los hospitales generales, intentamos crear una red preventivo-asistencial. Disponemos en el CePA de una línea de trabajo que llamamos de asesoría, atendemos a gente que viene buscando asistencia. Hay un cartel grande en la puerta que dice "Centro de Atención", pero evidentemente la palabra adicciones convoca a distintas personas y desde distintos lugares. Pasa por la calle muchas veces gente que lee el cartel y entra buscando un tratamiento.

Nosotros disponemos de un listado de los lugares institucionales posibles con los que intentamos hacer las relaciones para que estos intentos de tratamiento cuando alguien viene a buscarlos se den. Es decir, no se trata meramente de darles el nombre del lugar donde pueden concurrir, sino establecer una conexión que sea resolutive del problema. Mis compañeras van a referirse a otra línea importante que tenemos que es el trabajo comunitario.

### **Lic. Ana María Cámpora:**

Yo voy a referirme a un trabajo que hicimos en conjunto con los profesionales del ámbito comunitario. Este trabajo lo desarrollamos en contextos de pobreza urbana y características heterogéneas.

Para poder situarnos debemos definir el concepto de pobreza urbana, partiendo de entender que inmersos en un contexto de crisis económica y donde las políticas de ajuste y/o estabilización han provocado una caída de los ingresos, deterioro de la calidad de vida en la mayoría de los sectores sociales, no se puede plantear una línea de pobreza sino de franjas de pobreza que abarcan a pobres, nuevos pobres y empobrecidos. Aparece entonces un proceso de exclusión que no es sólo económico sino que abarca aspectos políticos, socioculturales, territoriales. Así, por ejemplo, en lo económico estaría el no poder satisfacer las necesidades básicas y en lo cultural quedar excluidos de los procesos de producción y apropiación del conocimiento, como así también de la instrumentalización tecnológica que posibilitaría mejores condiciones de inserción laboral.

No se puede pensar a la pobreza sólo como la imposibilidad de cubrir las necesidades básicas. El concepto es más abarcativo y compromete carencias de todo orden: social, cultural y político. Esto genera en los sujetos inmersos en tales condiciones de vida, dificultades para lograr niveles de simbolización, de representación, de participación y autogestión. La decisión de dirigir nuestro accionar hacia estos sectores se sostuvo en el interés de propiciar la participación y el protagonismo de los sujetos sociales a través de la conformación de grupos que permitieran la reflexión y las acciones transformadoras. Concebimos como participación tanto el nivel de la expresión de una opinión hasta la concreción de acciones colectivas. Y en coincidencia con la OMS (Organización Mundial de la Salud), sostenemos que participación social es la acción de actores sociales con capacidad, habilidad y oportunidad para identificar problemas y necesidades, definir prioridades y formular propuestas de manera deliberada, democrática y concertada.

El trabajo comunitario es un espacio de construcción y compromiso que parte esencialmente de respetar los intereses y deseos de los actores sociales involucrados. Este lugar, sin embargo, presenta las mismas contradicciones que la estructura social global: se reproducen los comportamientos egoístas, competitivos y acrílicos que signan nuestro tiempo. Sin embargo, comprendemos que trabajar en comunidad es un modo de encontrar alternativas superadoras a problemáticas comunes.

Podemos destacar que nuestra modalidad de trabajo se orienta por un lado hacia la constitución y fortalecimiento de grupos de jóvenes, con el objetivo de consolidar relaciones interpersonales y de cohesionar estos grupos para que tengan una identidad frente a la comunidad. Y por el otro, tenemos intervenciones interinstitucionales propiciando la constitución de las redes barriales que involucren a distintos actores, grupos e instituciones.

Este abordaje comunitario consiste esencialmente en buscar formas de organización intersectorial en donde las instituciones y los vecinos se impliquen y comprometan asumiendo que sólo en forma mancomunada se pueden encontrar las respuestas. Es por ello que se propicia la configuración de estas redes en las que pueden integrarse las diversas instituciones barriales: asociaciones vecinales, iglesias, escuelas, centros de Salud, comedores comunitarios.

Si bien la participación apunta a establecer redes solidarias que permitan la concreción de objetivos comunes, es menester que cada uno de los sujetos que participan de estas acciones puedan desplegar todas sus potencialidades: pensar, pensarse, reflexionar, reflexionarse, transformar, transformarse. Como sostiene la Lic. en Trabajo Social, Eloisa ..., en estos tiempos nuevos que nos tocan vivir y actuar profesional y personalmente, no alcanza el análisis del sistema como contexto global para comprender los modos de hacer, sentir y pensar de los sujetos involucrados en cada situación, sino que resulta indispensable retomar el valor de la persona en su condición de sujeto como tal y sujeto de relaciones sociales, teniendo en cuenta las múltiples mediaciones e interrelaciones existentes entre este sujeto y el contexto global. Por eso es tan importante considerar al sujeto desde sus condiciones concretas de existencia y su mundo de representaciones, que supone tomar en cuenta su vida cotidiana - familia, trabajo, tiempo libre -, y las representaciones que cada sujeto y/o grupo tiene de sí mismo, de su cotidianeidad, de sus relaciones con los otros y de la estructura social.

La labor de prevención inespecífica de este equipo estuvo dirigida desde el inicio a la conformación de grupos por considerar que lo grupal constituye un espacio privilegiado donde se expresan las relaciones entre las estructuras sociales más amplias y las singularidades de los sujetos. Desde los primeros encuentros se van registrando las características particulares de las modalidades de vida de los que participan: las normas, los valores, las historias, las representaciones, los condicionamientos. Esto nos permite plantear estrategias de acción y planificar proyectos de trabajo gestados a partir de esa realidad en la medida en que van apareciendo las demandas de los grupos.

Inicialmente el trabajo se centra en consolidar las relaciones interpersonales ya que a pesar de compartir los mismos espacios geográficos, se observan dificultades de los sujetos, de los jóvenes en especial, para establecer y profundizar vínculos. En estos espacios de reflexión construidos en diferentes barrios se intentan producir algunas modificaciones en sus determinismos históricos, sociales y culturales, para diversificar las alternativas de las que disponen, tanto singulares como colectivas. Estas acciones colectivas se sostienen sobre la base de la cooperación y la solidaridad, con objetivos que trasciendan los objetivos particulares y pueden

concretarse cuando se ha superado la tendencia a confiar sólo en las posibilidades individuales.

En esta labor con grupos se llevan a cabo actividades no sólo con el propósito de concretar los objetivos específicos de las mismas, sino fundamentalmente para realizar un aprendizaje a través de experiencias exitosas de cooperación con otros. Este amplio proceso, que no tiene un desarrollo lineal, conlleva implicaciones recíprocas de lo individual y de lo social, de la reflexión y la acción. Es una práctica que supone un aprendizaje, un mejoramiento en la apropiación y uso de los recursos y una mayor instrumentalización para el futuro.

En síntesis, los ejes del trabajo de prevención a partir de la inserción comunitaria están sustentados en la importancia que se le asigna a la producción y participación de los sujetos, tanto en la reflexión y análisis sobre sus condiciones de existencia, como en las acciones cooperativas y solidarias que despliegan para la prosecución de una mejor calidad de vida. Nuestros objetivos en este accionar con grupos son:

- Crear mecanismos que permitan procesos de autovaloración a través de la participación activa en tareas de prevención y promoción.
- Incentivar, especialmente a los jóvenes, a crear alternativas que afirmen proyectos de vida posibles de construirse.
- Consolidar las relaciones interpersonales cohesionando al grupo a fin de que sostengan una identidad que les permita ser reconocidos por la comunidad.
- Generar un espacio de reflexión que permita hacer un análisis de las condiciones de existencia, procurando modificar aquellas que obstaculizan el desarrollo personal y comunitario.

Podemos consignar algunos logros a través de los años de trabajo en que venimos sosteniendo esta modalidad de grupos con jóvenes en barrios alejados del centro de la ciudad de Rosario:

Se han afianzado los vínculos interpersonales al interior del grupo, esto que mencionábamos de que a pesar de compartir un mismo espacio, un mismo barrio, no se conocían, no eran amigos. Eso creemos que se está logrando.

Se ha visualizado entre los chicos actitudes de solidaridad, respeto y compromiso, tanto en relación a sus pares como a las tareas organizadas.

También nos parecía importante que la participación en este tipo de experiencias haya facilitado el crecimiento personal y grupal, sentando el precedente de que algunos objetivos que se plantean como grupo, por mínimos que sean, pueden concretarse a partir del trabajo en común, concretamente: excursiones, viajes, campamentos, distintas actividades que son de interés en los jóvenes.

En cuanto a la relación con la comunidad, con el entorno, es notable el reconocimiento obtenido por los grupos, lo que se evidencia al ser requerida su participación para la concreción de diversas actividades comunitarias. Ya no se trata de chicos individuales, sino que son jóvenes pertenecientes al grupo de jóvenes. El resto de la comunidad los puede identificar como pertenecientes a un grupo que desarrolla determinadas actividades, determinadas tareas.

Finalmente podría decir que el trabajo de prevención en adicciones en ámbitos comunitarios no permite una evaluación en términos cuantificables. Sin embargo, creemos que puede decirse de estas experiencias que las acciones sostenidas por

los actores sociales involucrados, tanto los jóvenes como nosotros como agentes externos, dejan una marca que por pequeña que sea pensamos que justifica todos los saberes y sentimientos puestos en juego en este trabajo. No podemos saber si nuestra labor de prevención va a ser efectiva, no podemos determinar si esos chicos no van a tener problemas con las adicciones, pero sí sabemos que la experiencia que están realizando con nosotros les deja ciertas marcas, ciertos saberes, ciertas posibilidades de posicionarse de una forma que tal vez de otra manera no lo hubieran logrado. No son grandes objetivos los que podemos perseguir en este trabajo con pequeños grupos, pero sí que individualmente y como grupos logran cosas que anteriormente no podían lograrlas. Nada más.

### **Maria Teresa Salmerón:**

Quiero retomar una palabra que dijo Mirta: posibilidad de hacer algo. Nosotros lo planteamos así: la posibilidad de hacer algo en la escuela. No todo, porque todo es sinónimo de universo, entonces surgiría un mandato que nos sobrepasaría y la imposibilidad de hacerlo.

Nuestro proyecto es ejemplo de que algo se puede hacer, pero no es ejemplar. Nuestra escuela está ubicada en Ovidio Lagos al 5900, media cuadra antes de Circunvalación, zona Sur. Tiene 26 secciones, 700 alumnos y trabajan 50 personas. Antes de este proyecto estaba fuertemente atravesada por un proyecto pedagógico: el programa no graduado, que se instauró con muchos conflictos hace dos años en la escuela, cuando Celia y yo no estábamos todavía. Quiero retomar acá que el PNG (programa no graduado pedagógico) está dentro del PEI y nombro el PEI, y no es ingenuo lo que voy a decir, porque el otro día se habló de que nos reunimos para el PEI y no tenemos tiempo para otras cosas. Digo ¿el PEI es obligación o es oportunidad? Tomar el espacio es tomar el PEI, apropiarnos del PEI para que nos sirva, sino nos quedamos abrochados a la norma y no podemos hacer otra cosa.

Ustedes se preguntarán por qué, en una escuela de 50 personas un proyecto de una problemática tan importante como es el de las adicciones lo toman tres maestros. Porque vimos la posibilidad de hacerlo, porque asistimos a cursos, a talleres. Nosotros no pensábamos que la salud era un problema específico de algunos. Pero notamos que un no reconocimiento de que nos atraviesa a todos y no solamente a la maestra de Cruz Roja. Eso pasa por lo general en las escuelas. Decía que la escuela estuvo dos años fuertemente atravesada por el programa no graduado. Este año la semilla que sin querer pusimos en la tierra con sol y con agua (casi nada ¿no?), germinó. Y el PEI en el '97 en nuestra escuela contiene un espacio relacionado a salud. La palabra salud circula en la institución, se ve en actitudes, se ve en las conversaciones de la sala de maestros, en las conversaciones de las reuniones de padres, en las conversaciones de las aulas. Se ve en la planificación y en los proyectos de algunos docentes, porque no tiene por qué ser de todos (porque es el universo).

Y nuestro proyecto no tiene nombre porque quizás el tema de las adicciones es tan complejo y es tan inespecífico, como decía Graciela, que todavía no le pudimos poner nombre. Ahora esta cuestión de las adicciones, no dicciones o el de poder decir algo para no llegar a las adicciones, se está haciendo sin querer a través de los talleres de padres. Los padres vienen, conversan con los maestros, participan de las clases, aprenden a jugar al dominó. Hay un proyecto de "padres por un día" que se convierten en docentes, que nació de la Asamblea General de Cooperadoras hace una semana. Ellos van a venir y van a mostrar sus saberes a los maestros que quieran abrirles la puerta, para que los chicos vean que los padres también saben, porque por lo general los maestros somos omnipotentes, sabemos todo. Cuando va

a llover los padres preguntan "¿lo dejo o me lo llevo?", "y... señor es su hijo, usted sabrá si lo deja en la escuela o lo lleva", pero a veces hasta eso nos preguntan.

Hay talleres de padres en cuestiones pedagógicas en esto de "Padres por un día". Y surgió hace poco, desprendiéndose de este proyecto en adicciones, es un trabajo que se está gestando. Digo gestando porque se está charlando y a estas cosas, antes de hacerlas, primero tienen que estar en el ámbito de la palabra. En varios salones en donde los chicos se pelean, no es que se pelean sino que "juegan a la peleíta", yo les pregunté qué otros juegos tenían y les pregunté si tenían juguetes: "levanten la mano los que tienen juguetes. Todos, todos tienen juguetes. ¿Pero quién tiene juegos que se juegan con fichitas o con dados?": en un salón de 26, cuatro o cinco. ¿Y cómo se llama el juego?", "Ah, no sé porque lo juega mi mamá".

Ellos juegan a la peleíta. Entonces algunos maestros tomaron esa charla que yo tuve con los chicos, porque se supone que como soy la vicedirectora los iba a retar porque se estaban peleando. Algunos maestros que escucharon tomaron esa charla de los chicos de que no saben jugar a juegos que podemos llamar tranquilos, para diferenciarlos de los otros y van a hacer un proyecto quizás - digo quizás porque está hablado nada más - de juegos tranquilos.

Ahora, algo que como docentes deben haber escuchado. El profesor Avendaño dice que tenemos dos idiomas: el que hablamos en forma oral y el que escribimos, por eso no sabemos si nuestra letra escrita que está acá, la que vamos a leer, dirá lo que hicimos o lo que intentamos hacer, porque ustedes saben que es difícil escribir. Nuestro proyecto considera la comunicación como algo más que un instrumento: será nuestra base. Estamos convencidos que sobre ella una familia puede prevenir, canalizar, resolver, poner palabras a la angustia. Será la puerta abierta al entendimiento, al respeto por el lugar que cada uno ocupe en esa familia. La comunicación ofrece un universo (acá sí queda lindo) de posibilidades para que padres e hijos puedan decir qué piensan, qué les pasa, pedir ayuda y sobre todo para decir cómo se aman. Así entendida la comunicación ayudará a cerrar la puerta a las adicciones.

Los actores de estos proyectos son los docentes que estamos aquí y nos ayudaron a gestarlo los profesionales de la Salud con quienes hicimos el taller de Prevención.

Y un diagnóstico como para decir algo.

Preocupados por la prevalencia de las adicciones: alcohol, drogas, en la sociedad y muy interesados en la prevención, un grupo de docentes presenciamos encuentros y talleres organizados por profesionales de la Salud del Centro de Prevención en Adicciones de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario. De vuelta en la escuela y para diagnosticar si era necesario o no llevar a cabo este proyecto preguntamos a todos los alumnos: "¿qué hago cuando me siento mal?". La pregunta estaba escrita en el pizarrón y en primera persona para justamente favorecer la reflexión. La respuesta la escribió cada uno en una hoja que podía entregar sin identificación, pero algunos la firmaron. Nuestra pregunta es ¿pedían ayuda?. De cada cien alumnos, sólo dos contestaron "se lo cuento a mamá". Los demás contestaron estos diferentes ítems:

se encierra en la pieza a escuchar música para no pensar

se encierra en el baño a llorar

salen de la casa en ese momento

salen a jugar, patinar o caminar para olvidar, no pensar o divertirse

no hablan con nadie

hablan sólo con la maestra.

Las respuestas en las que no figuraban las familias fueron un 90% y realmente nos parecieron alarmantes y nos dieron motivo para iniciar el proyecto. Por eso enviamos una encuesta a los padres. De 650 encuestas enviadas, 138 recibimos de vuelta y en forma anónima, aunque un 1% la firmó y también volvimos a preguntarnos ¿pedirían ayuda?. También el 1% escribió: "¿qué puedo hacer?" o "Me gustaría un consejo".

La encuesta contenía 6 preguntas, que se siguen de las respuestas recibidas:

1. ¿Hay un momento donde está reunida la familia? ¿Cuál?

a la hora de la comida (más de 100)

fiestas

fines de semana

siempre (solamente 3 respuestas)

2. ¿Qué hacen en ese momento?

hablamos: 50%

miramos televisión: 50%

comemos

estamos juntos

resolvemos problemas (sólo 2 respuestas)

3. Si conversan, ¿sobre qué?

de lo que pasó: 50%

resolvemos problemas (tres respuestas)

estudios bíblicos (uno)

ellos cuentan y nosotros los escuchamos (uno)

pobreza, falta de trabajo (uno)

acordamos (tres)

cosas de la escuela: 20%

temas generales: 20%

4: ¿su hijo le manifiesta su estado de ánimo?

muchas veces: sólo 6

sí: 40%

algunas veces: 10%

no: 1%

casi nunca está mal: 2%

sin contestar: dos

5: ¿Usted se da cuenta si su hijo tiene algún problema?

Si, hablamos: 11%

Si:45%

Algunas veces: 2

Si, mirándolo: 1

Algunas veces, porque lo saben disimular: 1

Sin contestar: 3

La observación que anotamos es que un adulto contestó que su hijo se da cuenta que él (el adulto) tiene el problema. En otra respuesta se definía una familia modelo, pero no contestaba qué pasaba en la suya.

6: ¿qué hace usted?

Ayudarlo, aconsejarlo, charlarlo

Doy mi opinión, no quiero que sufra

Le resuelvo el problema

Trato de estar más tiempo con él

Nada, porque mi hijo es complicado.

La metodología de trabajo fue una encuesta a los alumnos. La pregunta ¿qué hago cuando me siento mal? la dijo Graciela en el taller y contó que la habían hecho en una escuela secundaria. Realmente cuando fuimos a la escuela, la hicimos y vimos las respuestas. Marcelo y yo que trabajábamos en el mismo turno nos descentramos un poco de la cuestión del docente y nos preguntamos como padres si nos dábamos cuenta cuando nuestros hijos tienen problemas. Realmente es muy difícil, porque por ahí el maestro piensa cómo los padres no se dan cuenta si nosotros nos damos cuenta. Pero nosotros lo pensamos un poco como padres si veíamos cuando nuestros hijos se sentían mal.

Entonces hicimos encuesta a los alumnos y encuesta a los padres. Tuvimos reuniones con la gente del Centro de Prevención en Adicciones: venían a la escuela los jueves, nos reuníamos en el interturno de las 12:15 hs. a 13 hs., que era el único rato que podíamos disponer todos para charlar el tema los resultados de las encuestas y cómo esto se iba encaminando.

Recibimos un día la visita de unos alumnos de la escuela 1.235 de 7º grado, del turno de la tarde que presentaron un trabajo sobre adicciones. Los chicos habían hecho talleres, dramatizaciones entre chicos adictos y no adictos, entre un periodista y un médico: las diferentes situaciones que en la sociedad se van dando con este tema. Ellos habían dramatizado, habían inventado los libretos, la estaban mostrando a nuestros alumnos. En nuestra escuela la cuestión es diferente, nosotros no hablamos de adicciones; centramos el trabajo en la comunicación y tratamos de que se abran todos los canales posibles, porque pensamos que si ya hablamos de adicciones es como que no podemos hacer nada porque ya no nos toca a nosotros. A la prevención sí la podemos hacer tratando de crear los espacios y que se aprovechen. Por eso, justamente este año en el PEI, quiero recalcar que en una escuela donde lo pedagógico era "mater", ahora también está lo de salud.

### **Mirta Torregiani:**

Les agradecemos a todos. Yo creo que si hay un eje común de todos los panelistas que han participado hoy, me parece que tiene que ver justamente con esta posibilidad de hacer algo, de hacer lo posible y sobre todo de articular la cuestión de la salud con la cuestión de la educación. Es una intención específica del Centro de Prevención en Adicción. Muchas veces tenemos demandas de las escuelas en donde se nos pide que vayamos a dar una charla o que vayamos a charlar con los docentes o que intervengamos en algo en particular, en alguna problemática de un chico que consume en la escuela. Creo que a esto también tenemos que darle respuesta, pero lo que nos interesaría sobre todo es pensar en estrategias de acción conjunta entre los docentes, la gente que está trabajando en las escuelas y los agentes de salud. En el caso nuestro, trabajamos en prevención de adicciones, pero creo que esto tiene que hacerse extensivo a todos los agentes de salud, por lo menos de la Secretaría de Salud Pública, de manera de poder hacer un trabajo mancomunado, en nuestro caso tomando como eje la problemática de las adicciones. Por eso yo insisto en que este contacto que empezamos lo podamos continuar, que el Centro de Prevención pueda dar algún apoyo, como ocurrió en el caso de la escuela Echavarría, a los equipos docentes que quieran hacer algún proyecto de prevención en las escuelas en que están trabajando.

### **Dra. Blanck:**

Sugiero que las preguntas, para finalizar el debate de hoy, estén dirigidas al proyecto de prevención de la escuela Echavarría. Si después hay alguna duda sobre las acciones del Centro de Prevención las trabajamos en el interior del taller.

Las preguntas de la encuesta, ¿fueron dirigidas a todos los chicos de la escuela o a ciertos cursos?.

### **MT Salmerón:**

A todos. Desde los ingresantes hasta 7º grado. La maestra explicaba las preguntas. En "qué hago cuando me siento mal" explicaba que no se refiere a cuando tengo fiebre o me duele la panza, sino cuando ando mal de ánimo, me siento triste. Nos movilizó esa pregunta. Calculo que algo en nosotros mismos hizo que preguntáramos eso. Ellos escribieron lo que hacían o lo que no podían hacer en todo caso, que era hablar.

Cuando tuvieron las respuestas de los padres: ¿cómo se siguieron procesando los datos? ¿Se usó alguna base de datos?

## **MT Salmerón:**

Cuando tuvimos las respuestas no pudimos hacer mucho más, porque en ese momento había 23 secciones y somos tres maestros. Pero las respuestas, los papelitos, las tomaba cada maestro, por eso decimos "la semilla germinó", porque eran maestros que se dieron cuenta que en su grupo ninguno podía hablar de ese problema. Entonces cada uno tomó como pudo el problema de las adicciones pero a través de la comunicación. En nuestra escuela no sé si los chicos saben tanto de drogas, si tienen todos los datos que el doctor Miroli muestra en televisión. Lo que queremos no es que sepan de drogas sino que hablen de los problemas que tienen. Cada maestro tomó como base esas respuestas que conmovieron a algunos y abrieron el canal. El canal no está abierto a los chicos solamente, está abierto a los padres, por eso esta convocatoria de talleres de padres desde distintos aspectos.

¿Cuál es la idea de continuarlo ahora? El diagnóstico está ¿y ahora?

## **MT Salmerón:**

Esto no tiene cierre. El año pasado trabajamos con el médico de la Cruz Roja y abordamos otros temas de salud que tenían que ver también con la participación de los padres. El médico, por ejemplo, este año nos pidió ver cómo podemos agilizar la comunicación. Se hizo una pequeña encuesta entre alumnos y padres "¿qué preguntas le haría a un médico?" y las estamos tabulando. A partir de allí, el médico va a ir a cada salón con cada grupo de chicos por un lado, por cada grupo de padres por el otro y les va a contestar sobre los temas. Pero no va a hablar de cáncer, va a hablar por ejemplo de cigarrillo, de alcohol. Porque hay preguntas que dicen: cómo el cáncer hace esto o lo otro; pero eso es una cuestión médica o biológica. Él la va a tomar un poco más allá, más desde lo antropológico, lo social.

Es el director del dispensario y conoce la problemática, entonces va a ir directamente a la causa: el cigarrillo, el alcohol. Va a apuntar a esto que nosotros queremos prevenir por otro lado: a través de la palabra. Ésas son las líneas de acción que se van dando. Como dicen los CBC tenemos expectativas de logro y ahí tenemos objetivos, competencias, conocimientos, muchas cosas. No se trata de que tenemos un solo camino y hacia allá vamos. Porque si aparecen otras cosas por el camino, uno no las puede tomar si tiene un objetivo fijo. Nosotros lo abrimos para que cada uno tome y haga lo que pueda.

¿Nunca se plantea la posibilidad de poder hablar en los grados 6º y 7º de métodos anticonceptivos?.

## **MT Salmerón:**

Si, los chicos han trabajado eso con sus maestros y han participado en talleres, han recibido visitas que hacen algunas empresas para promocionar por ahí toallitas higiénicas, después se toma de ahí lo que corresponde al grupo. Hace dos años, en 7º grado teníamos chicos de 16 y 17 años, este año tenemos de 12, entonces todo se adecua a las características del grupo. El maestro toma lo que el chico pide. Para qué hablarles de concepción si tienen doce años y están pensando en otras cuestiones; no la tienen todavía como necesidad, no está en la cuestión del deseo de ellos. Pero hace dos años sí, se trabajó sobre SIDA, se trabajó sobre droga. Este año son más chicos y tienen otras motivaciones.

Yo soy licenciada en sexología humana y varias veces me han consultado colegios porque hay mucho rechazo de directoras. Porque todavía, hoy por hoy, la sexualidad le puedo asegurar que es un tabú.

### **MT Salmerón:**

Sí, justamente porque es un tabú considero personalmente que cuando un chico quiere hablar de eso no hay que pedirle permiso a los padres para traer a alguien que les hable.

Nosotros primero quisimos hacer una reunión con los padres, porque algunos son nulos. No intervienen en las charlas. Aparte de eso muchos se ponían rojos cuando se les planteaba uno de estos temas. Entonces pensamos qué taller podemos empezar con los chicos para evitar abortos y un montón de cosas que los deja marcados para el resto de sus vidas.

### **MT Salmerón:**

No sé si nulos. Ellos tienen saberes; quizás nosotros no los dejamos que se expresen con sus códigos, o que se apropien. Por eso esto de abrir espacios para que ellos se apropien de sus saberes. Cuando surge la necesidad se habla y tratamos de que no sea tabú para nosotros. Cuando surge el problema, cuando surgen las ganas de hablar de la cuestión lo hacemos. Porque es tabú para nosotros también. Tenemos nuestra limitación, nuestro pudor. Por eso cuando vamos a hablar de sexualidad, la clase se da en el momento que surge, surge la pregunta y se trata el tema. Y no se manda una nota al papá para ver si quieren que hablemos, porque sino vamos a hablar mucho menos.

Esta es una cuestión actitudinal de cada docente, pero es como esto de que la salud circula, ya no es de algunos, ya no es de Cruz Roja solamente. Entonces es como que los maestros están cambiando y en sus ejercitaciones mismas están los proyectos que tienen que ver con estos temas.

¿Ustedes lo abordan como un proyecto institucional?

### **MT Salmerón:**

A partir de este año posiblemente, porque cuando hicimos los talleres éramos tres maestros y había 50 personas en la escuela trabajando. Pero no necesitamos que sea institucional para hacerlo. Porque sino quedamos abrochados a que si no lo hacen todos no lo hacemos. Lo hace el que tiene ganas y cada vez somos más.

### **Dra. Blank:**

Tengo la impresión de que hemos coincidido de que para trabajar en Prevención, hace falta participar. Sugiero que pasemos al trabajo en talleres en donde vamos a participar todos, donde vamos a poder abrir ese espacio de comunicación del que hablamos. Los dos ejes fundamentales a tomar en los talleres van a ser: una revisión y retrabajo de todos los conceptos que hemos tratado aquí. Luego vamos a pensar entre todos alguna estrategia, que abra la posibilidad de seguir trabajando mancomunadamente los que están en la educación y los que estamos en salud. Esos van a ser los dos ejes de trabajo.

## **Propuestas de los grupos:**

Que el CePA se acerque a las instituciones escolares para hacer conocer la propuesta de trabajo a los directivos.

Prevención a partir de lugares micro: desde lo áulico

También intentar incorporar al PEI estos proyectos.

Demanda de empleados de Tribunales para perfeccionarse y capacitarse en el tema de adicciones, para tener un posicionamiento distinto para los chicos que están en el escalón previo de donde ingresan a la cárcel.

Formación de redes de la institución, escuela y centro de Salud. Propuesta interdisciplinar.

La necesidad de realizar desde el colegio la prevención de las adicciones pero no a través del temor sino a través del trabajo grupal

Lograr que el resto de los docentes se vaya incorporando a la problemática propuesta.

Es necesario que el docente tenga una base teórica y el apoyo no solamente directivo sino de profesionales abocados al tema de adicciones.

Es importante trabajar con los padres.

Hacer circular la palabra con los docentes dentro de la institución, porque lo que se observa son los síntomas de la enfermedad pero no las causas que la provocan.

Los docentes están conformes con los contenidos del seminario, que les abrieron nuevas puertas y posibilidades, tanto en lo personal como madres y en lo profesional como docentes.

Comentando sobre estos temas, en las escuelas hubo interés por repetir el seminario.

Revisar en las escuelas secundarias el problema de la conducta. Buscar otras alternativas a las amonestaciones. En una escuela de la cual salen técnicos en construcción, una de las propuestas de los chicos fue armar un grupo de folklore y a partir de eso los chicos están trabajando en eso e inclusive pensando en formar un coro. En una escuela, se ha buscado de cada curso al docente que más predisposición muestra para escuchar y comunicarse con los chicos; este docente sirve de nexo entre los otros docentes, los alumnos y las familias. Los chicos así pueden encontrar al docente a quien contarles sus cosas. Así han podido ir superando situaciones en la escuela. En esa escuela los problemas de conducta están bastantes superados.

Con respecto al tema de las campañas publicitarias se afirmó que hay contradicciones entre el mensaje y lo que puede llegar o producir. Por ejemplo, desde la publicidad del Dr. Miroli, desde el mensaje del miedo desde un medio de publicidad masivo y atrayente. Por otro lado el mensaje de los psicólogos puede ser más dúctil o más apropiado para tratar el tema de las adicciones, puesto que apunta a cada caso en particular. En cambio las campañas publicitarias masivas están obviamente destinadas al público en general.

¿La escuela tiene que informar o no sobre el tema adicciones?. Al docente sólo se lo considera como un informador frente a los chicos, pero puede llegar a tener una parte más formativa sobre los alumnos.

Hay un elemento indispensable, que es la comunicación, tanto sea docente-alumno, directivo-docente, padres-hijos. Un último punto de poder comunicarnos y escucharnos los adultos, escuchar nuestras propuestas, nuestros interrogantes, tomar un día y hacer una jornada con todos los que estuvimos presentes en el curso o alguna otra manera de poder elaborar propuestas en una jornada.

### **Psic. Patricia Simón**

Uno de los emergentes comunes en los diferentes grupos tiene que ver con la comunicación. Apareció en cada uno de los grupos una necesidad de comunicación de toda la institución.

Otra cuestión que apareció en distintos grupos fue el malestar. El malestar que no solamente atraviesa la institución educativa. Esta dificultad de poder hablar nos está pasando también en el ámbito de la Salud. El impacto que produce todo este contexto social y este apremio económico. Para abordar ese malestar aparecieron distintas acciones y distintas estrategias.

Estamos conformes con la evaluación de esto que ha sido una aproximación a esta problemática. Lo que hemos intentado es simplemente dar algunas herramientas, acercar algún aporte desde lo teórico y lo técnico. Esto no se agota acá. La propuesta y el objetivo último del curso fue: la posibilidad de seguir trabajando esto a la manera de red. Quizás sea bastante ambicioso, pero estamos convencidos de que es la única manera de enfrentar esta especie de lógica de fragmentación que está dada también en el sector de la Educación.

Las puertas del Centro de Prevención en Adicciones están abiertas para que todos se acerquen con una pregunta, para que los podamos acompañar en los distintos proyectos, para asesorarlos, para consultar bibliografía y si tienen algún proyecto alternativo que surja después de esto, también está el equipo para estar allí con ustedes. Somos pocos, diez personas. No podemos ir a cada una de las escuelas que nos demanda, aunque nos gustaría. Pero ofrecemos ser referentes en este tema y seguir trabajando en la construcción de un saber conjunto, que no es nuestro, que no es de ustedes solamente, sino que es de la comunidad. El tema de las adicciones no es un tema de otros, es un tema de todos, nos atraviesa a todos. Les agradecemos, esperamos seguir comunicándonos.

# **Análisis del consumo de drogas, alcohol y tabaco en jóvenes del municipio**

T.S. Patricia Tobin

Ps. Cecilia Augsburguer

## ***Introducción***

El Centro de Prevención en Adicciones inicia una línea de trabajo de investigación, contemplada en el Programa que rige y fundamenta sus actividades. El diseño y la ejecución de acciones de prevención requiere una labor previa de reflexión que permita delimitar un conjunto de elementos:

- el concepto de ser humano con el que se está operando
- la concepción de sociedad con que se trabaja
- los niveles de desarrollo posibles o esperables de los sujetos y el discernimiento de cuáles son los puntos de sujetación
- qué condiciones de vida son propiciatorias y cuáles obstaculizadoras de los procesos de salud.

Específicamente, en el terreno de las adicciones, se visualizan diferentes patrones de consumo vinculados a las pertenencias de clase y a los diversos grupos etéreos. De manera que el protagonista singular del consumo debe ser incluido para su comprensión y explicación de su grupo de pertenencia, y desde el conocimiento de esos colectivos sociales formularse las acciones de prevención.

La labor de investigación está orientada a permitir el establecimiento de relaciones entre la problemática del consumo de drogas, de alcohol y de tabaco, y las condiciones sociales y subjetivas en que éste se produce. Las vicisitudes singulares o las situaciones sociales en que el mismo emerge no se originan en forma aislada o azarosa, sino que están integradas y determinadas desde las características de la organización social, en la que el consumo de drogas se reviste de particular significación.

Así, el consumo de drogas debe ser enmarcado en las condiciones actuales de vida de cada clase o grupo social, en una cotidianeidad donde la crisis cultural, la relativización de valores, la incertidumbre laboral, atraviesan los proyectos identificatorios jaqueando la elaboración de proyectos de vida. El uso y abuso de drogas es pues un síntoma social, expresión de un malestar que no puede adjudicarse a una causa en particular ni al efecto lineal de una multiplicidad de causas asociadas, sino que debe comprenderse y explicarse en los espacios sociales en que emergen.

Baudrillard señala con claridad las diferencias existentes entre el uso de drogas vinculado a un desarrollo social y económico insuficiente, de un uso que por el contrario se relaciona con la saturación del universo de consumo de los países industrializados, manifestándose como apogeo y parodia de ese mismo consumo. La investigación epidemiológica aporta elementos para el diseño de acciones eficaces centradas en los grupos de población con mayor vulnerabilidad a partir del

reconocimiento de cuáles son esos grupos y qué peculiares condiciones de vida guardan que los torna más frágiles. Son vulnerables aquellos grupos sociales que por las vicisitudes de sus experiencias de vida o por sus condiciones concretas de existencia se hallan más susceptibles de sufrir un padecimiento.

Sin embargo no puede pensarse en disponer de acciones o soluciones iguales para todos los casos. La ambigüedad y la multiplicidad de facetas que el uso y el abuso de drogas presentan indican la imposibilidad de contar con una respuesta previa y efectiva para cualquier situación, por lo que el esfuerzo debe estar centrado en la constante recreación de las estrategias de trabajo preventivo. Si el consumo de drogas se enmarca dentro de los procesos de bienestar-malestar social, el conocimiento de los modos que ese consumo muestra, puede brindar elementos que aporten a la elaboración de un diagnóstico sanitario global para el municipio.

## ***Objetivos***

Obtener información que permita la realización de un diagnóstico sobre los hábitos de consumo de tabaco, alcohol y drogas en general de jóvenes de la ciudad de Rosario.

Conocer las modalidades de consumo de alcohol y tabaco de los adolescentes.

Indagar las representaciones que tienen los adolescentes respecto de los motivos que conducen al consumo de drogas.

## ***Recolección de la información***

El material para el análisis ha sido recogido a través de encuestas individuales. Las mismas se confeccionaron en el III Encuentro de Jóvenes y Adolescentes organizado conjuntamente por la Secretaría de Salud Pública y la Secretaría de Promoción Social de la Municipalidad de Rosario, los días 21, 22 y 23 de septiembre de 1993, en la Sociedad Rural de Rosario. Se realizaron en forma anónima, a través de encuestadores que trabajaron distribuidos por todas las instalaciones donde se llevó a cabo el Encuentro.

Sobre la totalidad de jóvenes inscriptos al III Encuentro se seleccionó una muestra representativa de los asistentes atendiendo a edad, sexo, escolaridad y desempeño en tareas laborales. De este modo, se confeccionaron un total de 931 encuestas sobre los aproximadamente 13.500 jóvenes asistentes.

## ***Característica de la población encuestada***

La importancia de atender a las características de los jóvenes encuestados radica en que la descripción y análisis de los datos de la presente investigación son valederos sólo en relación a esos grupos sociales y de ningún modo pueden hacerse extensivos o concluirse sobre grupos de jóvenes cuyas cualidades sean diferentes. Asimismo, y basado en la confección de una muestra representativa, esta caracterización de la población bajo estudio da cuenta de las particularidades que presentan los jóvenes que son convocados a una actividad como el III Encuentro de Jóvenes y Adolescentes.

La edad de la población en estudio se sitúa en el rango etéreo de 11 a 20 años, siendo mayoritaria y cubriendo casi el 70 % de la población los jóvenes de 15, 16 y 17 años.

La muestra confeccionada incluyó 503 mujeres, (54 %) y 428 varones, (46 %). Es necesario consignar asimismo que casi la totalidad de los jóvenes bajo estudio presentan inserción escolar, constituyendo el 98.7%, mientras que sólo 12 de los encuestados no concurren a la escuela, es decir el 1.3 %, pero además siete de los no escolarizados son mayores de 18 años, edad promedio de finalización del ciclo de enseñanza media, no contemplándose en el protocolo de encuesta la posibilidad de registrar la concurrencia a la Universidad, o la finalización de la escuela secundaria. Entonces del total de 931 encuestados sólo 5 no concurren a la escuela hallándose en edad de hacerlo.

En relación a las características que presentan los establecimientos escolares los criterios tenidos en cuenta fueron: si la escuela es pública o privada; si concurren jóvenes de un sólo sexo o bien es mixta, y si tienen dependencia confesional o bien es laica. Los datos obtenidos muestran que:

El 70 % de los escolarizados concurre a escuela pública; el 30 % a escuela privada. El 78.2 % de ellos asiste a establecimientos mixtos (hombres y mujeres), mientras que el 21.8 % restante lo hace a escuelas que admiten un solo sexo. El 83.2 % recibe enseñanza en escuelas laicas y sólo el 16.8 % lo hace en escuelas confesionales.

En relación a la indagación respecto de con quién viven estos jóvenes se encuentra que el 98.2 % de ellos lo hace con su grupo familiar primario (padre, madre y hermanos), mientras que el 1.8 % restante vive solo, con amigos o en pareja. Se indagó sobre las condiciones de inserción laboral de los padres con vista a tener algún indicador que permitiera conocer las características económicas y culturales de los jóvenes estudiados.

La inserción laboral del padre muestra que se reparte en forma proporcional los hombres que se desempeñan en el comercio y aquellos que trabajan en relación de dependencia, ocupando un porcentaje importante los que realizan un trabajo profesional. En el caso de las madres se muestra un perfil diferente: casi la mitad de ellas realiza las tareas del hogar en forma exclusiva, y las restantes se distribuyen entre comerciantes, trabajadoras en relación de dependencia y profesionales.

## ***Análisis de la información***

### **Consumo de drogas**

El concepto de droga remite a "toda sustancia que, introducida en el organismo vivo, modifica una o varias de sus funciones", definición de la Organización Mundial de la Salud. Tal definición incluye tanto a las sustancias lícitas como tabaco, medicamentos o bebidas alcohólicas, como a las que no lo son, marihuana, cocaína, LSD, etc.

Se utiliza el término de drogas ilegales para aquellas cuya venta y consumo está prohibido y recibe sanción penal.

La información obtenida muestra que el 6.8 % de los jóvenes reconoce consumir en forma habitual u ocasional algunas de estas drogas.

Se reconoce como habitual el uso sistemático de algunas drogas durante un cierto período de tiempo, mientras que el consumo ocasional remite a la utilización no sistemática y por lo general festiva de las mismas.

Sobre las 931 encuestas realizadas, 63 de ellas tuvieron respuesta afirmativa, distribuidos del siguiente modo: 54 afirman consumir en forma habitual, representan el 5.8 %, mientras que 9 manifiestan un consumo ocasional, y representan el 1 %.

La distribución de los que manifiestan consumir en relación al sexo da cuenta de que los varones triplican el número de mujeres que se hallan en la misma situación. Los hombres representan entonces el 77.8 % de los consumidores, y las mujeres el 22.2 % del total de la muestra.

El análisis de esta distribución por sexo en relación a la proporción de hombres y mujeres encuestados indica una incidencia significativa de los hombres sobre las mujeres.

De los 498 varones encuestados 49 de ellos reconocen consumir algún tipo de drogas, lo que representa el 11.5 %.

De las 503 mujeres que constituyeron la muestra, las consumidoras son 14, lo que representa el 2.8 %.

Las edades de los consumidores se sitúan en el rango etáreo que va de 13 a los 20 años. Es decir que no se obtuvo ninguna respuesta afirmativa en los jóvenes de 11 y 12 años, pero sí en el resto de las edades estudiadas.

El porcentaje de consumidores aumenta en forma directamente proporcional al aumento de edad de los jóvenes. Sin embargo, alrededor de los 18 años se produce un aumento sustantivo del porcentaje de jóvenes que manifiestan consumir.

## **Drogas consumidas**

La indagación respecto a cuáles son las drogas de consumo más usual muestra la relevancia de la marihuana que representa casi el 80 %, respondiendo en forma afirmativa a su consumo 50 de los 63 jóvenes consumidores.

Le sigue luego, representando el 20 % del consumo la cocaína, con 13 respuestas afirmativas sobre los 63 jóvenes.

Y por último el consumo de medicamentos que ocupa el 12.7 % del consumo, con una incidencia muy baja las drogas restantes que no representan sino el 8 % del total.

Respecto del conocimiento que los jóvenes pueden tener sobre algún amigo o persona allegada que consuma droga, es realmente importante el número de encuestados que contestan de manera afirmativa. El 63 % reconoce estar en contacto o conocer a algún consumidor, y sólo el 37 % manifiesta que no conoce a ningún usuario de drogas. Por lo que puede decirse que el uso de drogas es un fenómeno conocido y cercano a gran cantidad de jóvenes.

Un punto de interés para la investigación se centra en la posibilidad de establecer relaciones entre el consumo de drogas y el interés por el desenvolvimiento de actividades sociales extraescolares y extralaborales. Así, la indagación incluyó la práctica de deportes, los aprendizajes de música o de idiomas, la participación o integración de instituciones barriales, religiosas, gremiales, o políticas, o la realización de otras actividades de manera sistemática.

Sin embargo no se presentaron diferencias significativas en este punto entre el grupo de jóvenes consumidores y el grupo de jóvenes no consumidores, por lo que no es posible establecer relaciones entre el desarrollo o no de alguna de estas actividades y el consumo de drogas.

El análisis pormenorizado del grupo de consumidores indica que el 70 % de ellos participa en una o más actividades, y sólo el 30 % no está vinculado a alguna de ellas.

De las prácticas mencionadas las que resultan de más interés son la práctica del deporte, que representa un 41 %, y la música con el 32 %.

La indagación realizada permite conocer asimismo la conformación de los grupos familiares y quiénes son las personas con las que los jóvenes conviven. En este punto no se observan diferencias entre los consumidores de drogas ilegales y los no consumidores, pues hay una amplia prevalencia de los que conviven con su grupo familiar reducido, es decir padres y hermanos.

Del grupo de consumidores el 92.1 % vive con la familia, el 3.2 % vive solo, el 1.6% en pareja y el 3.2 % con amigos.

## **Consumo de alcohol**

Sobre 931 encuestados que componen la muestra 557 de ellos manifiestan consumir alcohol habitualmente, mientras que 374 contestan no hacerlo. Es decir que los consumidores de alcohol representan el 59.8 %, y los no consumidores el 40.2 % restante.

La distribución por sexo cobra valor en la medida que se evidencian diferencias cuantitativas significativas.

Los varones se desagregan en 73.4 % consumidores de alcohol y 26.6 % no consumidores. Mientras que las mujeres consumidoras de alcohol representan el 48.3 %, y las no consumidoras el 51.7 %.

La distribución de jóvenes que consumen alcohol en relación a su edad presenta las mismas características para hombres y mujeres e indica un aumento directamente proporcional con respecto a la edad. Sin embargo, los hombres inician más tempranamente el consumo de alcohol, alrededor de los 13 años mientras que las mujeres a los 14 años.

## **Modalidades de consumo de alcohol**

Para el análisis de las modalidades de consumo se establecieron cuatro categorías:

- con el grupo de pares o en pareja
- con el grupo de pares o en familia
- con el grupo de pares o solo
- solo

Las modalidad predominante de consumo de alcohol es grupal, con amigos o con los novios, y en segundo término aparece el consumo en el ámbito familiar. La proporción de jóvenes que beben solos no alcanza a representar el 2 % de los

encuestados. La bebida de mayor consumo entre los jóvenes es, de manera notoria, la cerveza, siguiendo el vino en el orden de preferencia.

La cerveza es consumida por el 86,4 % de los encuestados, el vino representa el 29 %, destacándose asimismo que el porcentaje de otras bebidas no especificadas asciende al 46 %. La indagación respecto a las bebidas de preferencia no se realizó en forma excluyente una de otra.

## **Consumo de tabaco**

De los 931 jóvenes que componen la muestra 345 contestan afirmativamente al hábito de fumar, mientras que 586 contestan que no lo hacen. El porcentaje de fumadores representa entonces el 37 %, y los no fumadores el 63 % restante.

Si se analiza en relación al sexo aparece mayor incidencia entre los varones, que acumulan el 43 %, mientras que las mujeres alcanzan el 32 %. La indagación respecto a la cantidad de cigarrillos que fuman por día indica que el 63 % de los fumadores consume 10 o menos de 10 cigarrillos por día, y el 31 % consume entre 11 y 20 cigarrillos diarios.

## ***Conclusiones***

El consumo habitual u ocasional de drogas ilegales se presenta de modo prevalente en los hombres, que triplican en cantidad al número de mujeres que consumen. La edad representa un factor de peso al momento de analizar el incremento del consumo, y se presenta alrededor de los 18 años un salto cuantitativo importante en el número de consumidores, lo que podría ser de utilidad al momento de establecer prioridades en los grupos de jóvenes.

En la población circunscripta no pueden establecerse relaciones entre el consumo de drogas y la participación o el interés en actividades sociales específicas. Tampoco se constituye en un factor explicativo las modalidades de co-habitación de los jóvenes.

El consumo de alcohol parece constituir una práctica habitual de los jóvenes, y nuevamente son los hombres quienes más la realizan. Sin embargo el número de mujeres que bebe alcohol es similar al número de las que no beben, por lo que también entre las mujeres jóvenes el consumo de alcohol cobra importancia para ser analizado.

La modificación de pautas culturales y de los roles asignados a las mujeres, conjuntamente con una tendencia del mercado a captar un nuevo público consumidor podrían ser algunos de los determinantes a la hora de evaluar el incremento del consumo entre las mujeres.

El uso y abuso de alcohol entre los jóvenes tiene importancia no tanto por la gravedad o el riesgo que presenta en sí mismo, sino por los problemas o consecuencias asociados a otros eventos de salud, como por ejemplo los accidentes de tránsito.

El hábito de fumar se presenta nuevamente con más fuerza entre los jóvenes varones, que entre las mujeres.

La edad de inicio es antes de los 14 años y más de la mitad de los fumadores consume entre 10 y 20 cigarrillos diarios.

Está ampliamente difundido y comprobado la incidencia del consumo de tabaco en la producción de ciertas enfermedades, lo que se torna más problemático mientras más tempranamente en la vida se inicia el hábito de fumar

El Dr. Joly, ex funcionario de O.P.S. afirma que hay estudios que muestran una clara influencia socioeconómica en el consumo de tabaco, y que el fumar está reservado cada vez más a las clases bajas, que no pueden elaborar proyectos y expectativas de futuro porque son atrapados en la inmediatez de la subsistencia cotidiana. Es decir que se produciría una disminución del hábito en los grupos sociales medios y altos, y un marcado incremento en los sectores más bajos.

Es necesario insistir que el hábito de fumar, considerada una práctica riesgosa para la salud, es posible de prevenirse y para ello debe atenderse a las edades en que tal práctica se inicia de manera de evitar que se transforme en habitual.

# Taller de Reflexión con Técnicas Psicodramáticas

"Salud y ciudadanía un trabajo interdisciplinario"<sup>19</sup>

Barbieri, O. (Psicopedagoga)

Rasini, MC. (Psiquiatra)

Barrios, M. (Trab. Social)

En esta sociedad actual en la que han naufragado proyectos sociales, ideales comunitarios, fines colectivos que marcaban rumbos y objetivos, quedaron expuestas con mayor fuerza las angustias del hombre y su existencia. Generalmente, las respuestas se fueron construyendo sobre lo "efectivo", lo práctico, lo concreto, pasando cada vez más por recursos individuales, solitarios, cada vez menos entrecruzados con los de otros, ello a pesar, paradójicamente, de la aparente cercanía mediática de las diversidades de esos otros. Recursos individuales cargados por los mensajes aprendidos, masificados por los mismos medios.

Junto con las desilusiones y la tecnología, el consumo de drogas (legales e ilegales) crece proporcionalmente. Apelaciones a sentidos filosóficos, búsqueda de bienestar (aún efímero), de consuelo, que en algunos encuentra un terreno psicológico individual propicio para la dependencia. Todo esto se mezcla con los intereses del narcotráfico, pulpo arrollador que mueve los capitales más importantes facilitando y estimulando la venta de la multiplicidad de drogas a distintos niveles, también en los sectores más desfavorecidos donde llega a ser un único medio de subsistencia. Resulta de esta conjunción una reciente escalada del consumo y las adicciones.

Este taller se realizó en el 6º Congreso de Salud Municipal para mostrar y proponer nuestra forma de trabajo con la comunidad, considerando crucial pensar y opinar sobre esta temática desde el despliegue de nuestro protagonismo en los lugares que ocupamos. En lugar de una charla educativa o una exposición teórica se desarrolla así un proceso reflexivo conjunto, creativo, impulsor de posibles correcciones de conflictos (citando a Jacob Moreno), con el uso de elementos tales como la expresión, la experimentación, la integración en otro campo que involucra no sólo la palabra sino la escena y el lenguaje corporal.

Se trabaja con conceptos relativos a la construcción de conocimientos, de la propia salud, del bienestar colectivo: cómo contribuimos desde cada rol, desde cada profesión u ocupación a las características de nuestra sociedad. Se aborda lo distinto como fuente de novedad radical y vía para el aumento de la complejidad y no mero defecto despreciable. Se plantea la necesidad de la interacción para llegar a los objetivos propuestos

¿Cómo se ve cada sujeto en relación a este problema, en este marco referencial, con respecto a su vida cotidiana, sus particulares funciones, actividades e inserción en el proceso productivo y de salud?

Como miembros responsables de una sociedad que pretende incidir en sus dificultades pensamos a la salud construida por cada uno de nosotros. Desde cada

---

<sup>19</sup> Comunicación presentada en el 5to Congreso "La Salud en el Municipio de Rosario"

lugar que ocupamos contribuimos, de una u otra forma, a sus características. Por esto consideramos a la reflexión y a la acción interpersonal como centro del trabajo preventivo. En nuestro caso en particular, prevención e investigación acerca de causales y modos que adopta el consumo de drogas, sus representaciones individuales y sociales.

Propusimos un trabajo grupal apelando a los discursos heterogéneos, las prácticas diversas y específicas reunidas alrededor de un eje, como motores naturales del aprendizaje y transformación de situaciones. Hicimos hincapié en las características de la interacción tomando como bases los conceptos de la integración sistémica (Nora Emilce Elichiry):

Trabajo en equipo: actitudes cooperativas.

Intencionalidad: relación entre las disciplinas: situación provocada.

Flexibilidad: apertura en la búsqueda de modelos, métodos, técnicas, sin actitudes dogmáticas, reconocimiento de divergencias, disponibilidad para el diálogo.

Cooperación recurrente: continuidad en la cooperación entre las disciplinas.

Reciprocidad: interacción entre las disciplinas. Intercambio de conceptualización. Códigos lingüísticos, u otros, métodos, etc.

Se trabaja en forma de taller con quince participantes durante una hora y media, dividiendo el taller en tres momentos:

Reconocimiento del lugar. Contacto con uno mismo, rol social. Contacto con el otro.

Encuentro de cada miembro del grupo en relación a lo vivenciado. Lectura en pequeños grupos de un texto alusivo a la temática elegida. Individualización de la situación problemática emergente del trabajo realizado. Construcción del espacio de reflexión y de la escena grupal. Representación de lo elaborado.

Comentarios y repercusiones de las tareas desarrolladas por cada equipo. Entrecruzamiento de observaciones y experiencias.

Se hizo la presentación de objetivos y temática desde un texto confeccionado por los coordinadores, con los elementos aquí explicitados. Posteriormente se usaron técnicas psicodramáticas utilizándose el reconocimiento del lugar, contacto con uno mismo (rol social), contacto con el otro (encuentro). Con la presentación de cada miembro del grupo a través de lo ya vivenciado en la jornada, se individualizaron situaciones problemáticas emergentes.

La reflexión y la representación de lo elaborado por cada uno y con los otros se plasmaron en escenas creadas por los participantes que demostraron el grado de compromiso y movilización logrado. Las escenas elegidas resultaron abordajes originales de enunciados teóricos explicitados a posteriori, enriquecidos por las vivencias personales y cotidianas de cada miembro del grupo.

En el retrabajo de elaboración final, además del reconocimiento de dichos enunciados en lo manifestado, se pudieron abordar los puntos que dificultaban la interacción, visualizados como complejidades a tener en cuenta en los trabajos propios con la comunidad.

Comprobamos que este tipo de técnicas presentan y facilitan otra forma de comunicación, rompiendo con la tendencia de los grupos de poder que intentan

generar una única manera de pensar, obstaculizando el intercambio a través de la banalización y la desvalorización del pensamiento y saber ajenos. Los objetivos propuestos se cumplieron. Los integrantes se movilizaron con facilidad, con buena disposición y comprometidos con la propuesta. Hubo participación e intercambio. El esfuerzo se concentró en la búsqueda de dificultades y de estrategias sociales para lograr una mejor calidad de vida.

Proponemos entonces reconocernos como actores importantes e imprescindibles que a veces miramos absortos ante lo complejo de una problemática (en este caso las drogas). Invitamos a pasar de la "aparente platea" a la reconocida escena, creada, protagonizada, pensada, hablada y compartida con compromiso y libertad.

# Prevención de Adicciones

Intersectorialidad: Obstáculos y alternativas

Bozzini, M.R. (Psicólogo)

Alfaro M.C. (Trab. Social)

Barrios, M (Trab. Social)

Coria, A (Residente en Cs. de la Educ.)

El Centro de Prevención en Adicciones tiene como objetivo la promoción de la salud, tendiendo a elevar la calidad de vida, y entendiendo la salud como construcción social, espacio de participación de la ciudadanía.

Sostenemos que esta tarea es intersectorial y transdisciplinaria, convocando a participar en ella a instituciones de salud, educativas, culturales, deportivas, etc. Uno de los obstáculos reside en encontrar criterios y estrategias en común que permitan aprovechar los recursos existentes y movilizar la participación, generando mayor toma de conciencia en relación a la responsabilidad, deberes y derechos del ciudadano respecto de su bienestar personal, familiar y social. No sólo se trata de promover el desarrollo de hábitos y costumbres "sanas", evitando aquellas pautas consideradas insanas o peligrosas, sino, además, promover la modificación de aquellos factores externos que influyen negativamente en la salud, intentando que se asuman la responsabilidad y el control de las condiciones que la afectan.

Interesa reflexionar sobre cómo opera y afecta la institución a los grupos, en relación a las normas de funcionamiento, formas de coordinación y contrato, en un sentido explícito funcional. Su normatividad, no obstante, también dará eficacia como disparador de significaciones imaginarias al interior de los grupos. Acerca de los obstáculos que se presentan en las prácticas, desde lugares institucionales diversos, se invitó a reflexionar a trabajadores de salud, educación y otras áreas que consideren de interés esta temática. En este encuentro se proyectó el video "Zapping", elaborado especialmente para el trabajo del Centro de Prevención en Adicciones, utilizado como disparador para la reflexión. Participaron estudiantes de los últimos años de Trabajo Social, residentes de Pre-grado de Psicología, médicos de centros de salud periféricos de la Municipalidad, enfermeras de la Pcia. de Santa Cruz, la responsable del área vacunación de la Secretaría de Salud municipal y psicólogas del área Educación especial del Ministerio de Educación de la provincia. El debate giró en torno a la complejidad de la problemática de las adicciones y sus múltiples atravesamientos, lo que implica la necesidad de un abordaje intersectorial.

En relación a los obstáculos, aparecen dificultades de integración entre sectores, de articulación de intereses de las diferentes fuerzas sociales que intervienen, y dificultad en la resolución de conflictos.

¿Un sector se podrá pensar como una división del Estado propuesta por los economistas para el manejo de las cuentas nacionales? Se despliega la categoría de poder, que está implícita en cada uno de los obstáculos, posibilitando la acumulación o desacumulación del mismo por parte de los diversos actores sociales.

En relación a las alternativas surge la posibilidad de promover la construcción de una red que permita:

- generar participación;
- facilitar la creación de relaciones simétricas;
- optimizar recursos humanos

## **Adicciones: Los otros....y las redes**

Juan Carlos Paradiso

En la presente publicación se han podido reunir diferentes visiones de profesionales de la salud, de docentes, de público de nuestro medio. En este capítulo se intenta una contextualización más amplia del problema, recurriendo a reciente bibliografía internacional. La búsqueda se orientó especialmente a través de Internet, que nos proporcionó un panorama prácticamente ecuménico, así como un enorme caudal de información acerca del punto de vista de ellos, de los propios adictos. Ellos, los que padecen el problema, han buscado muchas formas de agrupación, de autoayuda, de recuperación de su enfermedad, pero también de defensa de su dignidad humana.

Internet es una red en la cual pueden introducirse una cantidad de mensajes cruzados, donde virtualmente no hay límites para la publicación. Se podría hablar de una gran promiscuidad informativa. Y como toda promiscuidad conlleva peligros; los virus suelen ser los más temidos - cualquier comparación con el SIDA no es casual - pero también podríamos hacer referencia a la desinformación, a la información tendenciosa, incluso a la propaganda a favor de la droga o diversas formas de terrorismo que también anidan en esta red. En una de estas páginas, dos autores preocupados por los mensajes a favor del uso de drogas, o por la información inadecuada, proveen información fidedigna acerca del alcohol y otras adicciones. Finalmente, es un recurso para docentes, estudiantes y otros que necesitan información acerca del tema. Esa página web ha recibido varios premios.

Ofrece datos, hechos, links a otras páginas relacionadas con adicciones, contactos con una variedad de grupos, encuentros y conferencias, lugares en donde obtener ayuda. (A. Homer & D. Dillon, 1996)<sup>20</sup>. Por nuestra parte, esperamos asimismo que los usuarios de Internet interesados en la temática de las adicciones, vean facilitadas sus búsquedas ulteriores, a través de las referencias presentadas.

### ***Significado de las adicciones***

Las palabras tienen diferente significado según las experiencias que cada uno haya tenido en relación con ellas. En el caso de las adicciones, las diferencias aparecen entre los que tratan el tema desde el campo de la salud, los que son adictos, el público, la prensa o los políticos, sin que ni siquiera al interior de ninguno de estos campos se pueda pensar en una uniformidad de criterios. La agrupación CDA ("Chemically Dependent Anonymous") sugiere que es necesario suspender todas aquellas imágenes acerca de lo que las palabras "adictos", "drogas", etc. significan para nosotros, para considerar la propia definición que dan los adictos de sí

---

<sup>20</sup> HOMER, A. L. & DILLON, D.: (1996) Web of Addictions Andrew L. Homer Ph.D. & Dick Dillon <http://www.well.com/user/woa/> <woa@well.com>

misimos. CDA se pregunta "¿Quién tienen mayor derecho para redefinir estas palabras que la gente que ha sido definida?" (CDA, 1996)<sup>21</sup>

Los miembros de CDA, a pesar de que durante su recuperación pueden beber café o fumar cigarrillos, dirán que esas son también adicciones. Ellos simplemente han elegido no liberarse de estas sustancias .....todavía. "La noción de adicto más comúnmente aceptada por otro adicto, es que el uso de cualquier químico, compulsivamente u obsesivamente, en cualquier grado, califica a una persona para ser contada entre aquéllos que necesitan ayuda por sus adicciones". (CDA, 1996) "Las enfermedades de alcoholismo y adicción son las mismas, no importa cual sea la droga de elección..... aunque a veces los síntomas sean diferentes." (MA, 1991)<sup>22</sup>

Todas las adicciones tienen una base común, pero hay una gran heterogeneidad, que hace que no podamos condensar la problemática con una palabra singular, como "la droga". Esto fue remarcado por virtualmente todos los exponentes de las mesas redondas. No consideramos los lugares comunes que muchas veces aparecieron en la participación del público no experto, donde sí se escucha en más de una oportunidad este reduccionismo.. En realidad podríamos hablar de un par dialéctico homogeneidad/heterogeneidad, en cuanto lo que debemos hacer es un movimiento en dos sentidos contrarios:

inclusivo, hacia la comprensión más amplia de fenómenos dentro de los límites de las adicciones, o de las conductas adictivas. Así, la agrupaciones como CDA incluyen alcoholismo, tabaquismo, adicción a la computadora y a Internet, y podríamos seguir en un largo etcétera. Este movimiento parte del reconocimiento de una base común a todas estas conductas adictivas, base mucho más amplia que la demarcación "oficial y popular" (lindos nombres para jugar con ellos ...)

diferenciador: ya las hemos juntado, sí, pero ahora debemos diferenciarlas.

La magnitud del problema. Efectos primarios y secundarios: En una investigación conducida por la Harvard School of Public Health in 1997, 56 % de los encuestados identificaron las drogas como el problema más serio al cual se enfrentan los niños en los E.E.U.U. (NCADI, 1998)<sup>23</sup>

Del Frade hace referencia a un informe de 1992, de acuerdo al cual en la Argentina existían menos de 30.000 adictos. Conocemos el incremento del problema en los últimos años, que salpica a todos los estamentos de la sociedad.

La adicción a las drogas está detrás de lo que es alcoholismo, de la adicción al tabaco y de la adicción a los psicofármacos. Pero el problema puede ser encarado atendiendo a sus consecuencias: violencia, corrupción, segregación social, SIDA, marginalidad, tráfico ilegal de drogas, tráfico de influencias. En nuestro país y específicamente en Rosario, el 70% de los casos diagnosticados de SIDA a partir

---

<sup>21</sup> C.D.A. CHEMYCHAL DEPENDENT ANONYMOUS (1996): <printing.hopeandhealing.com>

<sup>22</sup> MARIJUANA ANONYMOUS (M.A.) (1991): Sharing Our Experience, Strength, and Hope: Personal Stories of Marijuana Addicts <www.marijuana-anonymous.org>

<sup>23</sup> NATIONAL CLEARINGHOUSE FOR ALCOHOL AND DRUG INFORMATION (NCADI) (1998): Drug-Control Strategy: An Overview <www.health.org/ndcs98/i.html>

del año 1984 a la fecha están vinculados a la drogadicción, según se expresa en este mismo libro.

La asociación de SIDA con drogas, fue encontrada tempranamente, en casos de 1981 de New York. Actualmente alrededor de un tercio de los casos de SIDA en EEUU pueden relacionarse directa o indirectamente con adicciones por vía inyectable. (H. Haverkos, 1997)<sup>24</sup>. En las ciudades de alta prevalencia, puede haber una significativa tasa de seroconversión entre los adictos que se intercambian jeringas entre ellos.

Otro hecho de interés para nosotros, es que la incidencia de SIDA es significativamente mayor entre los americanos de origen africano o hispánicos, especialmente para los que usan drogas inyectables, para los contactos heterosexuales y los casos pediátricos. (H. Haverkos, 1997)

### ***Las estrategias de lucha contra la drogadicción:***

La política antidrogas en EEUU ha venido sufriendo modificaciones, como ocurre en una sociedad en permanente tensión, cuyas fuerzas sociales contradictorias producen un inocultable dinamismo. En los elementos para una estrategia nacional para el control de drogas, se enuncian, entre otros, los siguientes principios:

**realismo:** "algunas personas creen que el uso de drogas está tan extendido en la sociedad que nosotros no podremos hacer nunca nada para resolverlo. Otros sienten que se requieren medidas draconianas. La Estrategia para 1998 rechaza ambos puntos de vista. A pesar de que no podemos eliminar el abuso ilegal de drogas, la historia demuestra que podemos controlar este cáncer sin comprometer los ideales americanos" (NCADI, 1998)

Basamento científico: "Los hechos, basados en la ciencia y en la recolección de datos, más que la ideología o las anécdotas, deben proveer la base para una política de drogas racional" (NCADI, 1998)

Estos principios muestran la tensión que se genera entre el respeto a las libertades individuales - a las cuales los norteamericanos suelen rendir culto -, y el control social - habitualmente menos explícito -. También puede pensarse que estos cambios tienen relación con la existencia de debate en el seno de la sociedad.

Actualmente, hay ciudades - incluso norteamericanas, como el caso de New York - que están aplicando con éxito un programa de reducción de daños. En la gente que usa un programa preventivo de intercambio de jeringas en New York, la tasa de seroconversión es notablemente baja: 1,5% por año. No obstante en Montreal, que también tiene programas de intercambio, la seroconversión es bastante más alta: 5 al 13 % de los adictos que eligen el programa. Algo similar ocurre en Vancouver. Estos dos últimos casos son ejemplos de ciudades en donde un programa de cambio de jeringas no fue suficiente para detener una transmisión rápida del HIV.

---

<sup>24</sup> HAVERKOS, HARRY W. (1997): AIDS and drugs of abuse epidemiology and immunology M.D.

Estas ciudades canadienses han tenido limitaciones en el número de jeringas que pudieron cambiar, y como resultado la gente probablemente no conseguía suficientes jeringas limpias. (Don Des Jarlais, 1997)<sup>25</sup>

Para que las conductas de riesgo disminuyan, y para que la incidencia de la infección de SIDA disminuya entre los adictos, no parece que la simple propuesta de intercambio de jeringas sea suficiente. El acceso de los adictos a este programa y la continuidad del mismo deben estar asegurados. La diferencia entre las ciudades mencionadas parece dar pie a estas conclusiones. En New York, los intercambios no tienen ningún límite de número. Un dato interesante es que alrededor del 40% de los participantes está también cambiando para sus amigos. Incluso hay un pequeño número de personas, alrededor del 2 al 3% de los participantes, que cambian entre 200 y 300 jeringas por vez y ellos están claramente haciendo un trabajo de prevención para un número grande de gente. (Don Des Jarlais, 1997)

De acuerdo a NCADI (National Clearinghouse for Alcohol and Drug Information), la metáfora de una guerra contra la droga confunde. Las guerras se esperan que lleguen a un final, pero el control de la droga es un desafío constante. En el momento en que nos sentimos victoriosos y bajamos la guardia, el problema resurgirá con la nueva generación. Para reducir la demanda por las drogas, los esfuerzos de prevención deben continuar. Debe evitarse que el adicto crónico tenga conductas negativas y ayudar a cambiar los patrones de conducta destructivos. 'Los adictos deben ser ayudados, no vencidos o destruidos'..... El cáncer es una metáfora más adecuada para el problema. Enfrentarse al cáncer es una proposición de largo plazo. Requiere la movilización de mecanismos de soporte - médicos, educacionales y comunitarios - (NCADI, 1978)

### ***El papel de los adictos en su propia recuperación:***

Un desarrollo reciente en la práctica de intercambio de jeringas es darle a la gente que busca protección para grupos grandes de adictos, un entrenamiento especial como educadores en SIDA, dado que ellos están en contacto con gran número de adictos que se inyectan, en riesgo de infección por HIV. Al incluirlos como voluntarios, aumenta el alcance del propio equipo de salud. (Don Des Jarlais, 1997)

Pero la estrategia más importante en la lucha contra las adicciones no proviene del sector salud, sino de los propios involucrados. Es la aparición y desarrollo de asociaciones de adictos, ex-adictos y/o familiares, que velan por sus propios pares. De ellas existe una innumerable cantidad en los diferentes países, muchas de las cuales van confluyendo hacia la construcción de redes. Sin duda, el desarrollo de Internet, red de redes, contribuye a este fenómeno. Algunas son de carácter general, es decir que incluyen todo tipo de adicciones. Otras son formadas por adictos a determinadas sustancias, que se sienten de alguna manera diferentes al resto de los adictos. Narcóticos Anónimos (NA) es una asociación internacional, basada en la comunidad, para la recuperación de adictos a drogas. Comenzó en 1947. El movimiento es uno de los más viejos y grandes de su tipo, con cerca de 20.000 encuentros semanales en 70 países. En uno de sus documentos se explica qué es NA y qué ofrece su programa de recuperación a los adictos a niveles local,

---

<sup>25</sup> JARLAIS, DON DES (1997): Current and future studies in syringe exchange research

nacional e internacional. Finalmente, se provee información sobre cómo ingresar e indicadores de los resultados de NA. (Narcotics Anonymous, 1998)<sup>26</sup>

NA se desarrolló a partir del movimiento de AA a fines de los años 40', con meetings que se desarrollaron inicialmente en Los Angeles, California. Por muchos años se desarrolló en forma paulatina, en otros sitios de EEUU y Australia. Posteriormente los grupos se formaron con rapidez en muchos países de América, Europa, Asia y África.

Los programas de "Marijuana Anonymous", lo mismo que otros programas de doce pasos que surgieron a partir de Alcohólicos Anónimos, comenzaron con "una taza de café y con resentimiento". Los adictos que empezaron MA no se sentían cómodos compartiendo sus problemas en otros programas que apuntaban a dependencias químicas en general. Algunos iniciaron sus encuentros en referencia a la droga que consumían, en este caso la Marijuana (MA, 1992-a)<sup>27</sup> MA fue, en teoría, iniciado por Bill W. Como había sido uno de los fundadores de AA, era también uno de los arquitectos de todos los programas de los doce pasos. Los miembros de MA afirman que 'usan el Programa de Recuperación en Doce Pasos porque ha sido probado que funciona' (MA, 1992-b)<sup>28</sup>

Como se puede apreciar, los adictos pueden ser considerados potencialmente una ayuda en los programas de recuperación. Este es un punto de vista totalmente provocativo. El adicto, pasa de ser un sujeto estigmatizado, segregado, criminalizado, condenado, a uno que puede ayudar en la recuperación de otros adictos, con lo cual seguramente se está ayudando a sí mismo.

Estas asociaciones suelen valorar lo que significa para el adicto recuperación de su palabra, de su individuación, pero también de su pertenencia a un grupo. A ello obedece seguramente que se otorgue un lugar al relato de historias, que pueden ser directamente personales o metafóricas. Una de las historias que me parece interesante para compartir, que proviene de una revista de MA (Marijuana Anonymous) se refiere al viaje de Ulises (Odiseo). En una de sus tantas aventuras recalaron en la isla de los "comedores de Lotus" una planta legendaria que produce una especie de disgusto por la vida activa. Ulises envió una pequeña excursión para averiguar si los nativos eran amistosos. Pero los expedicionarios no volvían: se habían encontrado con los comedores de Lotus y habían compartido la comida. El Lotus era una especie de narcótico, con lo cual los expedicionarios quedaron cansados y se olvidaron todo acerca de su misión y de que tenían que retornar a Grecia. La historia de Ulises es una metáfora acerca del viaje de nuestra vida y de los obstáculos que encontramos a lo largo del camino. "Los adictos estamos varados en una tierra de Lotus y hemos olvidado nuestra misión, las otras aventuras que nos están esperando y nos olvidamos de que tenemos que volver a casa (MA, 1991)

---

<sup>26</sup> NARCOTICS ANONYMOUS (1998) <[www.wsoinc.com](http://www.wsoinc.com)>

<sup>27</sup> MARIJUANA ANONYMOUS (1992-a):The Twelve Steps of Marijuana Anonymous <[www.marijuana-anonymous.org](http://www.marijuana-anonymous.org)>

<sup>28</sup> MARIJUANA ANONYMOUS (1992-b): The Twelve Steps of Marijuana Anonymous <[www.marijuana-anonymous.org](http://www.marijuana-anonymous.org)>

## Bibliografía complementaria en la red

Al-Anon/Alateen Al-Anon <http://www.Al-Anon-Alateen.org>  
Alcoholics Victorious Alcoholics Victorious <http://av.iugm.org/>  
AMERICAN SOCIETY OF ADDICTION MEDICINE (ASAM) [www.asam.org](http://www.asam.org)  
<Email@asam.org>  
(Este sitio ofrece posibilidad de traducción al español. En nuestro idioma se identifican como "Sociedad Americana de la Medicina del Apego")  
ASAM FORUM ON AIDS AND ADDICTIONS [www.asam.org](http://www.asam.org) <Email@asam.org>  
Big Book of Alcoholics Anonymous Alcoholics Anonymous  
<http://www.recovery.org/aa/bigbook/ww/index.html>  
Brochures from the University of Illinois University of Illinois  
<http://www.uiuc.edu/departments/mckinley/health-info/drug-alc/drug-alc.html>  
Camel Lot Online Kurtis K. <http://www.twisted-serpent.com/>  
Christians in Recovery <http://www.christians-in-recovery.com>  
Christian Recovery Connection Alcoholics Victorious  
<http://www.tfs.net/~iugm/main.html>  
12 Step Cyber Cafe Christian Recovery Network <http://www.12steps.org/>  
Christo, G. & Sutton, S (1994): "Anxiety and Self-Esteem as a Function of Abstinence Time Among Recovering Addicts Attending Narcotics Anonymous", British Journal of Clinical Psychology, 33:198-200.  
(G. Christo & S. Sutton, 1994)  
Christo, G (1994): "Does Recovery Happen in NA, and How Long Does It Take?" by appeared in the ISDD Druglink for July-August 1994.  
Cocaine Anonymous Cocaine Anonymous World Services <http://www.ca.org/>  
Community Services Information Center <http://www.csic.com/>  
Connecticut Clearinghouse Wheeler Clinic [http://www.ctclearinghouse.org./](http://www.ctclearinghouse.org/)  
Dual Diagnosis Website Kathleen Sciacca <http://www.erols.com/ksciacca/>  
HabitSmart HabitSmart <http://www.cts.com/crash/habtsmrt/>  
Hazelden Hazelden Foundation <http://www.hazelden.org/>  
Indiana Prevention Resource Center Indiana University  
<http://www.drugs.indiana.edu/>  
Instituto para el Estudio de las Adicciones <http://www.arrakis.es/iea/>  
(ONG localizada en España. Es el primer sitio Web español destinado a las adicciones).  
Internet Alcohol Recovery Center University of Pennsylvania  
<http://www.med.upenn.edu/~recovery/>  
Jews in Recovery from Alcoholism and Drug Abuse JACS <http://www.jacsweb.org/>  
John's Counselling Services Page of Valuable Links John Duff  
<http://www.geocities.com/HotSprings/4738/>  
Join Together: Online Join Together <http://www.jointogether.org/jointogether.html>  
Journal of Addictive Diseases, AMERICAN SOCIETY OF ADDICTION MEDICINE (ASAM)  
Lynn's Recovery Site Lynn Cunningham <http://www.elite.net/~lcunning/>  
MADD Mothers Against Drunk Driving <http://www.madd.org/>  
Marijuana Anonymous <http://www.marijuana-anonymous.org/>  
National Association of Addiction Treatment Providers <http://www.naatp.org/>  
National Association for Christian Recovery Christian Recovery International  
<http://www.christianrecovery.com/>  
National Inhalant Prevention Coalition Robert Wood Johnson Foundation  
<http://www.inhalants.org/>  
NicNet: The Arizona Nicotine and Tobacco Network The University Of Arizona  
<http://www.ahsc.arizona.edu/nicnet/>  
Online AA Resources Alcoholics Anonymous <http://www.recovery.org/aa/>  
Prevention Online National Clearinghouse for Alcohol and Drug Information  
<http://www.health.org/>

Recovery Link John S. <http://members.aol.com/powerless/LINK.htm>  
Recovery Net Robert H <http://members.aol.com/r2135/>  
Recovery Poetry Spa Lane Wiemann  
<http://www.geocities.com/HotSprings/Spa/1416/>  
Right 2 Know <http://www.right2know.com/>  
Royal College of Psychiatrists 'Help is at Hand' Leaflet Series University of Exeter  
<http://www.ex.ac.uk/cimh/help/help.htm>  
Secular Organizations for Sobriety Secular Organizations for Sobriety  
<http://www.unhooked.com/>  
Sobriety and Recovery Resources Terry M.  
<http://www.winternet.com/~terrym/sobriety.html>  
Substance abuse & alcoholism <[www.mhnet.org/guide/substnce.htm](http://www.mhnet.org/guide/substnce.htm)>  
Substance Abuse and Mental Health Services Administration U.S. government  
agency  
<http://www.samhsa.gov/>  
Wells, B (1994): "Narcotics Anonymous in Britain" en: John Strang and Michael  
Gossop "Heroin Addiction and Drug Policy: the British System", New York, Oxford  
University Press. (B. Wells, 1994)