



U.N.C. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales



“Prevención del consumo de drogas, en el ámbito educativo; desde una perspectiva teórico metodológica de intervención social”

Tesista: Carla Elisa Mattioli Reg. 15727

Directora de Tesis: Mgter Elsa Yolanda Cáceres

2012

Carrera: Licenciatura en Trabajo Social

Agradecimiento

Quisiera dedicar esta tesis, a las dos personas más importantes de mi vida, al apoyo incondicional brindado por mi madre, por el optimismo y la confianza que siempre deposito en mí, y a mi padre, Omar Mattioli, por su incansable esfuerzo, por permitir que prospere en todos los ámbitos de mi vida, por sus consejos de vida, a los dos siempre les estaré agradecida.

Por otro lado mi entero agradecimiento a la Directora de Tesis: Mgter Elsa Yolanda Cáceres, por el tiempo dedicado y la confianza que deposito en mí durante este proceso, por su seguimiento y acompañamiento, muchas gracias.

La finalización y mi egreso de esta casa de estudio siempre será un orgullo, por la formación académica que la presente institución me brindo para mi futuro profesional.

Carla Elisa Mattioli.

2012

***Tesis: "Prevención del consumo de drogas en el ámbito educativo;
desde una perspectiva teórico metodológica"***

Índice

Introducción.....6
Encuadre metodológico de la investigación.....11

Parte I: "Investigación teórica sobre las drogas y su consumo, el campo de actuación de la prevención y estrategias preventivas desde los distintos modelos de prevención"

Capítulo I

1. "Introducción al objeto del problema"

1.1 El consumo de droga.....20
1.2 ¿Qué es una droga?.....20
1.3 Clasificación de las drogas23
 1.3.1 Drogas Licitas.....23
 1.3.1.1 Alcohol.....24
 1.3.1.2 Tabaco.....26
 1.3.1.3 Fármacos.....28
 1.3.2 Drogas Ilícitas.....30
 1.3.2.1 Cannabis.....31
 1.3.2.2 Cocaína.....32
 1.3.2.3 Paco.....35
 1.3.2.4 Drogas de diseño.....37
 1.3.2.5 Heroína.....40
1.4 Patrones de consumo de droga.....44

Capítulo II

2"Teorías del consumo y modelos de prevención"

2.1 teorías del consumo de drogas.....	53
2.1.1 La multicausalidad de la problemática de adicciones.....	55
2.1.2 Factores de riesgo y factores protectores del consumo de droga.....	57
2.1.3 Teoría de la influencia triádica	65
2.1.4 Modelo de Desarrollo Social.....	66
2.1.5 Modelo Integrador.....	68
2.1.6 Teoría del Clúster de Iguales.....	69
2.1.7 Teoría de la Conducta Problema.....	71
2.1.8 Teoría de la Acción Razonada.....	72
2.1.9 Teoría del Aprendizaje Social.....	74
2.1.10 Modelo de Creencias de Salud.....	76
2.1.11 Teoría de la Inoculación.....	77
2.1.12 Teoría del Control Social.....	77
2.2 Modelos de interpretación y prevención del consumo de drogas.....	79
2.2.1 Modelo Ético Jurídico.....	80
2.2.2 Modelo Medico Sanitario.....	83
2.2.3 Modelo Psicosocial.....	88
2.2.4 Modelo Sociocultural.....	93

Capítulo III

3. “La prevención del consumo de drogas”

3.1 La prevención de la oferta y la demanda de droga.....	98
3.2 La prevención del consumo de drogas.....	100
3.3 Niveles de prevención del consumo de drogas.....	103
3.4 Modalidades de prevención del consumo de drogas.....	107
3.5 Ámbitos de la prevención.....	109

3.5.1 La prevención en el ámbito educativo.....	109
3.5.2 La prevención en el ámbito familiar.....	111
3.5.3 La prevención en el ámbito laboral.....	112
3.5.4 La prevención en el ámbito comunitario y asociativo.....	113
3.6 La prevención del consumo de drogas en la adolescencia.....	115

Capítulo IV

4. “Estrategias de prevención del consumo de droga”

4.1 Estrategias de prevención en sentido general.....	125
4.1.1 Estrategias centradas en la difusión de la información sobre características de las drogas y sus efectos.....	125
4.1.2 Estrategias centradas en las ofertas alternativas al consumo de droga: alternativas de empleo, de tiempo libre y de ocio.....	127
4.1.3 Estrategias basadas en el componente afectivo.....	130
4.1.4 Estrategias basadas en la influencia social.....	130
4.1.5 Estrategias basadas en el desarrollo de habilidades genéricas para la competencia individual y la interacción social.....	130
4.2 Metodologías de estrategias de prevención.....	131
4.3 El taller como espacio de prevención y aprendizaje.....	132
4.3.1 Técnicas participativas.....	133

Parte II “Proceso teórico metodológico de la prevención en el inicio precoz del consumo de drogas, desde el ámbito educativo”

1. “Intervención de Campo”.

1.1 Campo de intervención:	136
1.2 Breve reseña histórica de la institución.....	136
1.3 Descripción del sujeto de estudio.....	137
1.4 Diagnóstico de la problemática del consumo de drogas.....	141
1.5 Estrategia Metodológica de la prevención.....	159

1.6 Hipótesis de Acción.....	159
1.6.1 La intencionalidad del proyecto.....	159
1.6.2 Área de incidencia.....	160
1.6.3 Proceso eje.....	160
1.6.4 Proceso de apoyo del proyecto de prevención.....	161
1.7 Hipótesis estratégica.....	161
1.8 Fundamentación del Proyecto de Prevención.....	161
1.9 Objetivos del proyecto de prevención.....	164
1.10 Análisis cualitativo de la experiencia preventiva.....	166
Conclusión	170
Bibliografía	174

Anexos:

Diseño de encuesta

Encuesta

Tabulación de datos

Proyecto de Intervención

Pautas para diseñar una técnica de prevención en la adolescencia

Como seleccionar la información a trabajar en una técnica de prevención

Técnicas Participativas

Cronograma de Actividades

Entrevistas en profundidad

Decodificación de entrevistas en profundidad

Ley 23.737

El debate actual de las políticas de prevención

Introducción

¿Somos conscientes de la complejización de la problemática del consumo de drogas en la sociedad de hoy? ¿La sociedad Argentina ha advertido las consecuencias sociales que esta problemática demanda?

El consumo de drogas en la sociedad dejó de ser una problemática de índole privada, para convertirse en una problemática social y pública de salud, que involucra cada vez a más sectores de la sociedad.

En la actualidad, la complejización de la problemática del consumo de drogas, en la sociedad Argentina, muestra una realidad que ha sobrepasado los límites de control del Estado sobre ésta, llevando a un estado de emergencia a grupos cada vez más vasto de la población, que lidian cotidianamente con las adicciones a drogas psicoactivas y muchas veces terminan en situación de estado de calle, sin dejar de lado la relación que se genera con una red de violencia social que está provocando daños irreversibles.

Para la concepción del consumo de drogas como problema social, que mejor ejemplo que poner en evidencia las demandas realizadas por aquellas organizaciones de base que luchan por un "estado de necesidad de intervención en la problemática del consumo de droga", en la petición más constante y dolorosa que es la ayuda para los jóvenes adictos al paco, estamos hablando de: "Las Madres del Paco"

Las Madres del paco se organizan y reclaman al Estado, por la vida y salud de sus hijos, desde que la droga se instaló en la Argentina en la crisis del 2001. La desesperación de miles de madres, de no poder hacer más que lo que con sus recursos agote, llevó a la constitución de esta fuerte organización que sigue levantando banderas contra la lucha del paco en la Argentina.

Si bien las drogas y su consumo existe desde la historia misma de la humanidad, es posible hoy hacer análisis de la complejidad que enviste a la

misma, la transformación en las formas de relación con el objeto, la presencia y el consumo de sustancias cada vez más destructivas y nocivas para la salud, el aumento en los índices de consumo, el aumento de los índices del inicio precoz del consumo de drogas, entre otras, son algunas de las variables que permiten afirmar y determinar la complejidad de la problemática del consumo de drogas y su definición como un problema público de salud.

El desarrollo de las instituciones de tratamiento y control de consumo de drogas, ya sea desde la asistencia, la prevención y la investigación de la problemática, es muy joven aún en la Argentina, en relación a otros Estados como España o México, que desde hace décadas los profesionales y las instituciones han dedicado sus esfuerzos a tener un control social sobre la problemática y ahondar de forma teorizada la intervención en este problema social. Este joven impulso se puede evidenciar en la falta de acumulación de conocimiento en las políticas de prevención y de investigaciones estadísticas a nivel Nacional.

En relación al campo de conocimiento de las drogodependencias, en los Estados del Occidente, se asiste a un impulso determinante de la actuación preventiva, cual tiene el objetivo por un lado, de profundizar el conocimiento científico de la intervención en la problemática, de afianzar distintos modelos de prevención, métodos de abordaje y teorías sociológicas de interpretación social de la misma, y por otro lado, de ordenar y homologar los Planes Nacionales y Provinciales en articulación con los Municipios y otras Organizaciones no Gubernamentales con el fin de optimizar su eficacia en el tratamiento de las drogodependencias.

Desde este impulso determinante al que asistimos, es que la presente tesis pretende ser un aporte al conocimiento teórico metodológico de la prevención del consumo de drogas, desde el ámbito educativo, basado en un modelo psicosocial y sociocultural.

La sistematización del conocimiento en la intervención de problemáticas sociales no se puede realizar si no se responde a un modelo que determina un

método y a una intervención fundada en un conocimiento teórico y metodológico, por ello la razón de ser de esta tesis, que como menciona anteriormente pretende un aporte a la construcción del conocimiento en relación a la prevención de la problemática del consumo de drogas, desde una perspectiva teórico metodológica.

El cuerpo de la presente investigación esta compuesto por dos partes, la **primer parte**, busca una construcción teórica del abordaje a la problemática del consumo de drogas, desde el desarrollo de las categorías y teorías, mas determinantes del actuar preventivo, y una **segunda parte**, que comprende una investigación de campo, a través de una experiencia preventiva, fundada en una intervención teórico metodológica, desarrollada en el ámbito educativo.

La primer parte esta compuesta por cuatro capítulos. El *Capítulo número I:* busca hacer una introducción teórica a la comprensión de las "drogas", desde la conceptualización y clasificación de estas de ésta, a través de un análisis de las sustancias mas conocidas e insertas en la sociedad Argentina.

Por cuestiones de los fines de la presente investigación se limita este universo de la drogas, a aquellas sustancias que están insertas en nuestra sociedad y en nuestro imaginario social colectivo, ya que se puede hablar de cientos de sustancias que componen dicho concepto.

Por otro lado en este capitulo se desarrollan las distintas conceptualizaciones que hacen a la relación sujeto- droga, es decir, aquellos patrones de conducta que se presentan en el sujeto en relación al consumo de droga.

El capitulo número II tiene como objetivo adentrarnos al conocimiento de teorías, que buscan comprender e interpretar de forma teorizada las causas que motivan en el sujetos el consumo de droga. Estas teorías, están determinadas por el momento histórico y la concepción que se tuvo el tiempo, de las drogas, buscan desde distintos supuestos explicar la conducta del sujeto, es decir comprender por

que se causa en las personas la motivación al consumo de drogas , respondiendo a distintos patrones.

En relación a la concepción histórica que se tiene del objeto droga, se presentan los distintos Modelos de Prevención del consumo de droga, que históricamente se han implementado tanto en América Latina como en América del Sur. Estos distintos modelos llevan consigo implícita una concepción histórica de la droga y de intervención en la misma, por parte del Estado y la sociedad, donde los cambios en la concepción de la droga como objeto, modifican los objetivos de control y tratamiento de la problemática.

Cada modelo de interpretación y prevención del consumo de droga tiene consigo implícita una concepción de la droga como problema. Se entiende a la prevención del consumo de droga, como aquellos los mecanismos sociales, que se ponen en juego para intentar controlar el fenómeno en un momento dado, coherente con la percepción social dominante. Esto nos permite interpretar la evolución en el tratamiento de la prevención y sus distintos abordajes desde perspectivas unicasales de la problemática, a preceptivas multicausales de la misma.

El capítulo número III: desarrolla el campo de conocimiento de la "Prevención del Consumo de drogas", busca hacer una conceptualización de la prevención que permita la comprensión y delimitación del campo de conocimiento y de actuación.

Se pretende en dicho capítulo no solo la comprensión de los campo de conocimiento, ámbitos y modalidades de prevención del consumo de drogas, si no también, la comprensión de sus posibilidades y limitaciones en determinados grupos etéreos.

En el *Capítulo número VI* se trabaja sobre las estrategias de prevención del consumo de drogas, desde un abordaje a aquellas que hasta la actualidad se han desarrollado e implementado en diversos Programas y Planes Nacionales y

Europeos. Cada una de estas estrategias de prevención, hace análisis de diferentes modalidades de prevención, la finalidad de ellas se desprende de los modelos de prevención socioculturales y psicosociales.

En relación a la metodología de las estrategias, se muestran las distintas modalidades metodológicas para el accionar preventivo, es decir, las metodologías para desarrollar las distintas estrategias y las técnicas, abordadas desde distintas actividades de prevención.

“La segunda parte” de este trabajo de investigación comprende una experiencia preventiva, basada en un proceso teórico metodológico de la prevención del consumo de drogas, en el ámbito educativo, a través de la implementación de una metodología estratégica y del desarrollo estrategias de prevención de influencia social y de transmisión de información de las características de la droga y consecuencias de su consumo, pensadas desde la síntesis del conocimiento obtenido con la investigación del problema.

Encuadre metodológico de la investigación.

La presente tesis sustenta su contenido teórico metodológico en la matriz epistemológica del paradigma interpretativo. Este paradigma según Irene Vasilachis de Gialdino¹, nace con la propuesta de Weber (1971) quien sostiene la necesidad de practicar una ciencia de comprensión de la realidad, mediante la comprensión del contexto y del significado cultural por una parte, y por otra parte, las causas que determinaron históricamente que se halla producido así y no de otra forma.

Esta investigación esta compuesta de dos partes, la primer parte es una “***investigación teórica***” o documental, que realiza una construcción teórica de la problemática del consumo de drogas y de la intervención, desde una perspectiva histórica en el desarrollo de las categorías mas determinantes del actuar preventivo,

La segunda parte comprende una “***investigación de campo e intervención***”, que se realiza desde una experiencia preventiva desarrollada en el ámbito educativo, basada en un proceso teórico metodológico de intervención social.

La “*investigación teórica o bibliográfica*”² consiste en obtener, detectar y consultar bibliografía, así como extraer y recopilar la información relevante y necesaria a nuestro problema de investigación. Los documentos utilizados provienen de fuentes primarias y fuentes secundarias de investigación.

Esta investigación teórica o documental pretende el conocimiento de la problemática del consumo de drogas y la prevención de la misma, desde las distintas teorías que se han desarrollado en cada momento histórico en relación a la interpretación del consumo de drogas y la interpretación de la prevención, con el fin de ser el marco teórico y valorativo que sustente la praxis de campo.

¹ Vasilachis de Gialdino Irene, Métodos Cualitativos; Los problemas teóricos epistemológicos. Centro Editor de América Latina. pág: 12. Año: 1992

² Sampieri Roberto Hernandez. “Metodología de la investigación. Editorial McGRAW-HILL. Año: 2010

“La intervención e investigación de campo” se realiza en la Escuela Normal Superior Tomas Godoy Cruz, nro. 9-002 de la Provincia de Mendoza, ubicada en la Capital de la Provincia. La población objeto o unidad de análisis de la investigación, son los alumnos de 8vo año 1ra división, de dicha institución educativa, de entre 13 y 14 años de edad, comprendida por ambos sexos.

La intervención de campo, desarrollada desde una experiencia preventiva en el ámbito educativo, responde a los momentos del proceso teórico metodológico de intervención social, del Trabajo Social, propuestos por La Dra. Margarita Rozas Pagaza³, estos momentos son; el momento de la inserción en la Institución Educativa, el momento del diagnóstico de la problemática de adicciones en la población educativa, el momento de planificación de las estrategias de prevención y por último el momento de la evaluación de la experiencia, realizada a partir de una investigación de campo cualitativa, desarrollada desde la técnica de entrevista en profundidad, para hacer análisis del impacto de la intervención en la población educativa.

El primer momento de la intervención preventiva del consumo de drogas desde el ámbito educativo, es la construcción del diagnóstico de la problemática, para la construcción de dicho diagnóstico se trabaja desde una “encuesta”, realizada a los alumnos de la población educativa, la cual que permite una síntesis del conocimiento de la representación social que los alumnos tienen de las drogas, las conductas de los alumnos en relación al consumo y las características de éste en el medio social o espacios de socialización donde desarrollan su vida cotidiana. Es decir nos permite detectar factores protectores y factores de riesgo presentes en la población educativa en relación al inicio precoz del consumo de drogas.

El análisis de los datos en el diagnóstico parte de la comprensión del mundo de la vida y la realidad cotidiana del mundo de la vida, incluye no solamente la naturaleza experimentada por los individuos, en este caso los

³ Rosas Pagaza Margarita, La intervención en Trabajo Social. Capítulo I pág. 23-54. Año: 1999

alumnos, si no también el mundo social y por ende del mundo cultural en el cual se encuentran insertos construyendo su mundo simbólico e intersubjetivo.

Por otro lado Margarita Rozas Pagaza⁴ sostiene que el diagnóstico se refiere a saber sobre las causas de un problema para luego solucionarlo. La autora citando a Alwin de Barros lo define como *“el proceso de medición e interpretación que ayuda a identificar situaciones problemas y sus factores causales en individuos y grupos (...) que tiene por objeto aportar los elementos fundamentales y suficientes dentro del proceso de planificación (...) explica una realidad determinada para programar una acción transformadora.*

La interpretación se produce desde la comprensión de la vida cotidiana y las ramas relacionales o vinculares del sujeto buscando la comprensión desde el contexto en el que ellos se insertan y de la cultura. Al respecto sostiene Pierre Bourdieu⁵ “El mundo social es construido en bruto cotidianamente aun sin quererlo por la simple lógica de la reproducción inscrita en las disposiciones del sujeto, la reproducción, para este, es el recurso mínimo de la sobrevivencia.

Esta interpretación de la problemática o síntesis del conocimiento se realiza desde una *encuesta* que busca el análisis de la situación del consumo de drogas de los alumnos de la institución educativa.

La encuesta contiene preguntas abiertas y cerradas, las preguntas abiertas tienen por objetivo la comprensión de la representación social de las drogas y las preguntas cerradas buscan determinar la situación de consumo en la población educativa.

El diagnóstico se basa en el paradigma interpretativo de investigación social ya que lo que se busca no es la verdad o la moralidad en relación a la representación de las drogas y su consumo, sino una comprensión detallada de las perspectivas de la población educativa donde se pretende suspender

⁴ Ibídem pág. 23-54.

⁵ Bourdieu Pierre; La teoría de la acción social. Editorial Andaluz. Año: 1986.

creencias, perspectivas y predisposiciones del investigados para comprender la problemática desde el mundo de la vida de los adolescentes.

Al respecto sostiene Taylor y Bogdan⁶ *“La interpretación se convierte en una cuestión de manipular significados..... El proceso de interpretación es un proceso dinámico. La manera en que una persona interprete algo dependerá de los significados de los que se disponga y de como se aprecie una situación...”*

Debemos advertir que el objetivo del diagnostico no es exclusivamente de conocimiento e interpretación de la problemática, sino que también apunta a la planificación de la acción preventiva, y lo que interesa conocer no es solo la situación del consumo en la población educativa o patrones típicos de uso de la misma, si no elementos que nos sirvan para actuar y transformar la situación que se diagnostique. En relación a esto es que la construcción del diagnostico nos permite interpretar la problemática en las representaciones y conductas de los jóvenes en relación a consumo de drogas para poder comprender sobre que factores de riesgo vamos a trabajar para prevenir la problemática.

El segundo momento metodológico de la intervención desde la prevención del consumo de drogas es “la planificación de las estrategias de prevención”. En este momento se trabaja sobre la estrategia metodológica de la prevención, la misma procura el cumplimiento de objetivos que pretende el trabajo sobre los factores de riesgos diagnosticados y el fortalecimiento de factores protectores del consumo de drogas a través de las estrategias de prevención.

Se entiende por estrategias, en un sentido general, una orientación, un conjunto de acciones para alcanzar un objetivo. Desde el marco teórico y valorativo que sostiene la intervención preventiva, las estrategias deben generar espacios para la discusión y el debate, no esta en el investigador la verdad, si no que con ellas se pretende un proceso de aprendizaje y de intercambio que permita co-construir con los jóvenes de la población educativa la prevención.

⁶ Taylor J.S. y Bogdan R. “Introducción a los métodos cualitativos de investigación”. La búsqueda de significados. Ediciones Paidós. pág. 25. Año: 1987

Las estrategias de prevención que se desarrollan son estrategias centradas en el desarrollo de habilidades sociales y estrategias de transmisión de la información de las características y consecuencia del consumo de droga. Estas estrategias preventivas, mencionadas anteriormente, son desarrolladas desde una "metodología interactiva". Desde los aportes de Espada Sánchez⁷ se refieren al modo de realizar actividades de prevención desde la interacción con los sujetos. Para el autor una estrategia desarrollada desde una metodología interactiva tiene el objetivo de desarrollar los potenciales de los participantes, desarrollar sus habilidades mediante ejercicios estructurados, la comunicación se produce en la relación monitor participante y participante monitor, como así también entre los propios participantes mediante debates y discusiones en grupo. El monitor se muestra directivo y facilitador de la comunicación, el grupo se emplea como un medio para la interacción, logrando el proceso personal a través de la experiencia en grupo

El último momento del proceso teórico metodológico de intervención, como se menciono anteriormente, es la evaluación la experiencia preventiva, esta se realiza desde una investigación cualitativa basada en la "técnica de entrevista en profundidad"⁸.

Dicha técnica nos permite conocer la vida social que reposa en relatos verbales, permite esclarecer experiencias humanas y subjetivas de los jóvenes en relación al consumo de drogas, permite comprender la problemática desde el relato de los jóvenes y ver el mundo a través de sus ojos e introducirnos vicariamente en sus experiencias, desde su perspectiva.

La utilización de ésta técnica, en el análisis de la experiencia preventiva, nos permite comprender desde sus relatos la llegada que tienen las estrategias propuestas, como así también las fallas o dolencias de estas, está dirigida hacia la

⁷ Espada Sánchez José Pedro; Eficacia de los programas de prevención escolar de drogas con metodología interactiva. Revista Salud y Droga/vol. 3 pág. 61-81

⁸ Taylor J.S. y Bogdan R. "Introducción a los métodos cualitativos de investigación". La búsqueda de significados. Ediciones Paidós. pág. 101-104. Año: 1987

comprensión de la situación preventiva , se dirige al aprendizaje de las actividades desarrolladas, acontecimiento y actividad que no se puede observar directamente.

Los motivos por los cuales se emplea la investigación cualitativa basada en la técnica anteriormente mencionada responden a la necesidad de la intervención desde el paradigma interpretativo, en la que se procura hacer análisis de las actividades e impacto de estas en la población educativa, desde la interpretación del relato de los sujetos. Nos permite hacer una evaluación ya no desde los criterios del investigador, si no más bien, desde la interpretación y el relato de los sujetos de la intervención.

Esta investigación consta de cuatro fases que se dan en todo el proceso de investigación cualitativa (Kirk 1986)⁹ que tiene por objeto hacer análisis del impacto de las estrategias de prevención desarrolladas en la Escuela Normal Superior “Tomas Godoy Cruz”.

- a- Invención – diseño de investigación.
- b- Descubrimiento - recolección de datos.
- c- Interpretación –análisis
- d- Explicación – documentación.

Objetivo General de la tesis:

- Desarrollar un proceso teórico metodológico de prevención del consumo de drogas, en la Escuela Nro.: 9-002 Normal Superior “Tomás Godoy Cruz”, en el 8vo año 1ra división.

Objetivos Específicos:

- Indagar desde bases teóricas la prevención del consumo de drogas en la adolescencia y en el ámbito educativo.

⁹ Vasilchis de Gialdino Irene “Métodos cualitativos I”; los problemas teóricos-epistemológicos”. Centro Editor de América Latina. pág. 59. Año:1992

- Construir un diagnóstico del consumo de drogas en la población educativa de 8vo 1ra. de la Escuela Nro.:9-002 Normal Superior Tomas Godoy Cruz.
- Diseñar una estrategia metodológica de prevención, para ser implementada en la población educativa de 8vo 1ra, de la Escuela Nro.; 9-002 Normal Superior Tomas Godoy Cruz.
- Realizar un análisis cualitativo de los resultados obtenidos desde la prevención del consumo de drogas, realizada con los alumnos de 8vo. 1ra. de la Escuela Normal Superior “Tomas Godoy Cruz”.

Parte I

"Investigación teórica sobre las drogas y el consumo de droga, el campo de actuación de la prevención y los distintos modelos de prevención"



Capitulo I

“Las drogas”



1. Introducción al objeto del problema.

1.1 El consumo de drogas

El consumo de drogas, ha acompañado al hombre a lo largo de la historia, quien las utilizo para calmar el hambre, la sed los dolores, la cura de enfermedades, etc. Asimismo en tiempos de la antigüedad se las utilizaba para el intercambio afectivo y solidario entre los miembros de un grupo (la pipa de la paz), y como una función mediadora con la divinidad.

Distinguir esto nos sumerge en la tares de contextualizar al sujeto, pues el mismo esta atravesado por la cultura, el momento histórico, el lugar geográfico, donde desarrolla su vida cotidiana e internaliza y externaliza sus relaciones y acciones atreves del proceso de socialización en la misma.

Como se menciona anteriormente si bien las drogas han estado presentes en la historia de la humanidad con el paso del tiempo han ido cambiando el tipo de sustancias y las formas de consumo, hoy el consumo de drogas, se presenta como un fenómeno complejo , dinámico en evolución, con indicadores propios, como él es el inicio en el consumo a edades cada vez mas tempranas y la presencias de drogas como el paco que por si sola revela la gran problemática que muestra la necesidad de intervención y control sobre esta droga ante los aterradores trastornos en la personalidad y la conducta que están padeciendo sus adictos.

1.2 ¿Que es una droga?

Definir el concepto droga no es tarea sencilla, existen muchas acepciones en cuanto al término, este está lleno de matices y es objeto de numerosas formulaciones, por ello es pertinente aclarar que se entiende por droga, que propiedades la caracteriza, cuales realidades forman parte y cuales no, de esta categoría de análisis.

La Organización Mundial de la Salud, sostiene que droga: *"Es toda sustancia, que introducida en un organismo, por distintas vías, es capaz de actuar en el Sistema Nervioso Central y provocar una dependencia"* (O.M.S.).

Para Pons Diez Xavier¹⁰ una droga será aquella *"sustancia capaz de producir efectos sobre la psique, con independencia de su clasificación sociológica"*.

En ambas conceptualizaciones se puede observar que la variable sustancia y los efectos o respuesta en la psique o sistema nervioso central son una constante.

Para una mejor comprensión a la categoría de droga, tomamos los aportes de Javier Moreno Arnedillo¹¹, quien desarrolla cuatro rasgos definitorios para poder decir de algo que es una droga:

- 1- *Es una sustancia hablamos de cosas de productos naturales o artificiales que son consumidos por el individuo y pasan a su organismo a través de alguna vía de administración. No consideramos drogas por lo tanto actividades que pueden ser problemático en algún sentido o que incluso pueden generar adicciones graves (juegos de azar) pero que no implican el consumo de sustancia alguna. No se trata que la ludopía por ejemplo, revista menos gravedad que otras adicciones, se trata simplemente de una delimitación.*
- 2- *Actúa sobre el sistema nervioso central, alterando los procesos de pensamiento, las emociones o la conducta: relajan, distorsionan la percepción, mejoran la concentración, favorecen la comunicación, estimulan.*
- 3- *Es capaz de producir algún tipo de dependencia.*
- 4- *Su consumo es problemático en algún sentido, en función de los efectos bioquímicos que producen las sustancias, las conductas que se asocian a su*

¹⁰ Pons Diez, Xavier "Modelos interpretativos del consumo de drogas" Polis: Investigación y Análisis Sociopolítico y Psicosocial, Vol. 4, Núm. 2, pp. 157-186 Universidad Autónoma Metropolitana – Iztapalapa México 2008

¹¹ Arnedillo Moreno Javier; Alicia Acero Achirica, Moreno Arnedillo Gorka, Sanches Pardo Lorenzo "La prevención de la drogo dependencia en el tiempo de ocio"; Manual de formación. Imprime JUMA; Madrid, pp. 23-24 Año: 2002

consumo, las características propias del individuo consumidor o el contexto en el que tiene lugar el consumo.

Podemos afirmar que las drogas son sustancias, lo que excluye de las "drogodependencias o toxicomanía" conductas tales como ludopatías, por ejemplo ver en exceso televisión, videojuegos, etc. no hacen al concepto de droga que pretendemos trabajar. Sin embargo estas conductas son susceptibles de provocar adicción.

Conviene aclarar que el concepto droga, no hace referencia alguna a la situación legal que en una sociedad determinada tenga la elaboración o distribución de una sustancia, ni tampoco al hecho que su consumo esté admitido he incorporado a ciertos usos y costumbres.

Aunque la imagen más extendida del fenómeno ha cambiado notablemente en estos últimos años, todavía en el discurso social se sigue identificando "droga" con la "droga ilegal" y es probablemente este el primer estereotipo asociado al concepto de droga que debemos cuestionar cuando queremos trabajar en prevención.

Esto nos permite comprender que el concepto de droga se relaciona con una situación sociológica de las sustancias en las sociedades, donde se pueden diferenciar tres posibilidades:

- Sustancias institucionalizadas: mantienen un estatus de legalidad controlada en cuanto a su producción, distribución, publicidad y consumo, además de recibir valoraciones mayoritariamente acríicas del medio social. Es el caso del alcohol y el tabaco. (Ponz Diez X., 2008, pp. 159)
- Sustancias no institucionalizadas: mantienen un estatus de ilegalidad en los rubros señalados, además de recibir valoraciones mayoritariamente críticas del medio social. (Ponz Diez. X., 2008, pp. 159)

- Sustancias institucionalizadas con posibilidad de uso "desviado": sustancias elaboradas con finalidades médicas, que pueden "desviarse" de su propósito original para ser consumidas con una finalidad recreativa. (Pons Diez X. 2008 pp. 160)

1.3 Clasificación de las drogas

Las drogas pueden ser clasificadas de diferentes maneras, en relación a distintas variables por ejemplo según los efectos que esta produce en el sistema nervioso central, como también en relación a la legislación vigente de estas.

Desde esta última clasificación podemos separar a las drogas en dos grandes grupos, desde las medidas legislativas controladas por el Estado Argentino, las drogas clasificadas como drogas legales y las clasificadas como drogas ilegales.

De acuerdo a lo expresado, sobre los estereotipos y la representación social que existe en cuanto a que es una droga y que no es una droga esta clasificación es una visualización sencilla de las drogas en dos grandes grupos, que en relación a su legalidad las clasifica en uno u otro. Esta nos permite comprender que mas allá de las representaciones sociales que relacionan las drogas con la situación de ilegalidad de las mismas, todas las sustancias clasificadas en uno u otro grupo son drogas presentes en nuestras sociedades.

Tanto las drogas legales como las ilegales, traen daños, ya sea, psicológicos, físicos o ambos de acuerdo con el tipo de sustancia, la frecuencia del consumo y la permanencia en el tiempo.

1.3.1 Las drogas Lícitas

Las drogas lícitas, como su nombre lo explicita, son de venta libres y de comercio publico. Existen las más variadas marcas y precios para la venta de estas drogas, con lo que las empresas productoras persiguen captar la mayor cantidad de usuarios posible, lo que naturalmente incrementa sus utilidades.

Las millonarias campañas publicitarias, normalmente muestran un medio de personas exitosas que usa estas sustancias. Entregando como mensaje, que quién no la usa no podrá optar al glamour, ni a las bellas mujeres u hombres que promueven dichos productos, esto en forma absolutamente irresponsable.

Sabiendo todos los perjuicios producidos por estas drogas lícitas, resulta paradójal que ciertas actividades, retenidas como sanas y que fortalecen la prevención del consumo de drogas como el fútbol , muchas veces son auspiciados por bebidas alcohólicas o tabaco, esto debería hacer reflexionar a las autoridades encargadas de decidir las políticas de auspicio de los diferentes deportes, porque ninguna campaña de prevención dará resultado si los "héroes" de los niños y adolescentes encuentran en estos espacios auspicios que las incentivan y promueven o usan una camiseta con logotipos alusivos al consumo.

Entre las drogas lícitas desde el aporte de Javier Moreno Arnedillo ¹² podemos mencionar tres de ellas, clasificadas y consideradas por la nocividad de las mismas: "*Alcohol, Tabaco, Fármacos*".

1.3.1.1 Alcohol:

El alcohol etílico o etanol es el componente característico de las llamadas "bebidas alcohólicas". La graduación alcohólica de las bebidas expresa el tanto por ciento de alcohol puro que contiene, y depende del procedimiento empleado para su obtención. (Moreno Arnedillo J.2002 pp. 31)

Las bebidas alcohólicas se pueden clasificar en dos grupos, bebidas de baja graduación y bebidas de alta graduación:

Las bebidas de baja graduación (hasta 16 grados). Se obtienen por fermentación. A partir de frutos o cereales se produce el etanol de forma natural, por la participación de una levadura. Tan solo hay que controlar el tipo de jugos

¹² Arnedillo Moreno Javier; Alicia Acero Achirica, Moreno Arnedillo Gorka, Sanches Pardo Lorenzo "La prevención de la drogo dependencia en el tiempo de ocio"; Manual de formación. Imprime JUMA; Madrid, 2002

vegetales que van a fermentar para producir las diferentes bebidas alcohólicas, como el vino, la cerveza, la sidra, etc. Por este procedimiento se pueden obtener bebidas con un máximo de 16 grados de alcohol; por encima de esta concentración de alcohol la levadura muere por la acción antiséptica del propio alcohol. (Arnedillo Moreno J. 2002 pág. 31)

Las bebidas de alta graduación (a partir de 16 grados). Se obtienen por destilación. A partir de una bebida fermentada o natural, se separa, por calor, el alcohol etílico del resto de los componentes; posteriormente se enfría su vapor para reducirlo nuevamente a líquido. De este modo se obtienen bebidas de graduación notablemente más elevada que por el procedimiento de fermentación. Según la materia prima se obtienen las distintas bebidas destiladas, como el whisky, vodka, ginebra, ron o brandy. (Arnedillo Moreno J. 2002 pág. 32)

Una vez ingerido, el etanol se absorbe muy rápidamente y casi en su totalidad en el estómago y en la primera porción del intestino delgado. La presencia de alimento en el estómago demora el vaciamiento y la absorción intestinal. El etanol pasa así a la sangre y se distribuye uniformemente alcanzando concentraciones similares en todos los tejidos y líquidos corporales del organismo. La concentración de alcohol en la sangre o alcoholemia suele expresarse en gramos de alcohol por litro de sangre, y alcanza su valor máximo entre los 30 y los 45 minutos después de la ingesta. El alcohol atraviesa la barrera hematoencefálica y placentaria, por lo que su concentración en el feto es similar a la de la madre. La metabolización del alcohol se produce casi totalmente en el hígado; en un adulto, la velocidad media de oxidación del etanol es de 0,15 gramos por hora y litro de sangre. (Arnedillo Moreno J. 2002 pág. 33)

El alcohol es un depresor del sistema nervioso central su ingesta produce la paralización progresiva del funcionamiento de los centros cerebro basculares produciendo la desinhibición conductual y emocional del individuo, no se trata pues de un estimulante la sensación inicial de euforia es sin duda efecto de los centros inhibidores del cerebro (Arnedillo Moreno J. 2002 pág. 34)

El alcohol es, sin duda, "nuestra droga". Quizá por eso ni siquiera recibe el nombre de "droga" o la insertamos bajo ese concepto en nuestro imaginario social.

Sobre la extensión de su consumo, sobre los problemas asociados al mismo, y sobre el intento de regularlo legalmente, existen referencias en el Código de Hammurabi y en textos egipcios. En el Antiguo Testamento se relatan las andanzas de Noé con el vino. Plutarco relata las borracheras de Filipo de Macedonia y su hijo Alejandro Magno. En la liturgia y en la simbología cristiana, cuya influencia sobre nuestra sociedad parece innecesario destacar, el vino adquiere un valor central como sangre de Cristo.

El alcohol es parte de nuestro código cultura. Quien no cena o almuerza con vino, este es un rito muy cotidiano en las familias mendocinas. Por lo que en este código cultural, existe un punto en el que los objetivos de la educación para la salud entran en conflicto, ese punto es el consumo de alcohol.

1.3.1.2 Tabaco

El tabaco, es una sustancia legal, barata y tan cotidiana como el alcohol, y con mejor imagen que éste, constituye sin duda una de las drogas más devastadoras y cuyo consumo es, junto con el del alcohol, uno de los objetivos fundamentales de la prevención.

Arnedillo Moreno J.¹³, define el tabaco: *“como una planta solanácea de procedencia americana y de consumo ancestral y ritual entre algunas tribus indias.*

Un recorrido histórico breve, nos permitirá conocer algo más acerca de esta sustancia. El tabaco fue llevado a Europa por los españoles y su consumo se fue extendiendo de un modo irregular, en algunas ocasiones con prohibiciones y en otras con enfáticas recomendaciones de uso, fundamentalmente entre las clases elevadas. (Arnedillo Moreno J.2002 pág. 37)

¹³ Arnedillo Moreno Javier; Alicia Acero Achirica, Moreno Arnedillo Gorka, Sanches Pardo Lorenzo “La prevención de la drogo dependencia en el tiempo de ocio”; Manual de formación. Imprime JUMA; Madrid, pp. 37-47. Año: 2002

La extensión masiva del consumo de tabaco no se produce hasta la aparición del cigarrillo y sobre todo después de las dos guerras mundiales, ya bien entrado el siglo XX. Los cigarrillos consumidos actualmente son un producto industrial de elaboración masiva a partir de las hojas de tabaco secas, finamente picadas y a las que se añaden aromas y otras sustancias.(Arnedillo Moreno J. pág. 38)

De toda la enorme cantidad de sustancias que posee un cigarrillo Arnedillo Moreno J.¹⁴ destaca y argumenta cuatro sustancias: la nicotina, el monóxido de carbono, el alquitrán y los gases irritantes.

1- *Nicotina:*

Cada cigarrillo contiene entre 0.9 y 2.4 mg de nicotina; afortunadamente, sólo entre un 8 y un 15 % de esta cantidad (alrededor de 0.20 mg) pasa al organismo del fumador. En el caso del fumador de cigarrillos la absorción se produce sobre todo en los bronquios porque el pH del humo es ácido; cuando se fuman puros o pipas, la absorción se produce en la propia mucosa oral porque el pH del humo es básico; esto explica que los fumadores de puros o pipas no inhalen el humo porque no necesitan hacerlo para mantener su nivel de nicotina en sangre. (Arnedillo Moreno J. pág.38)

Una vez en la sangre, alcanza el cerebro y produce efectos en él en pocos segundos. Alcanza una concentración máxima a los pocos minutos de consumir un cigarrillo, y a partir de ahí va descendiendo, metabolizándose en cotinina y eliminándose. (Arnedillo Moreno J. pág.38)

Su acción sobre el Sistema Nervioso Central es estimulante. Activa los circuitos cerebrales del placer y su consumo repetido provoca adaptaciones que son las responsables del síndrome de abstinencia cuando se deja de fumar. La

¹⁴ *Ibidem.* pág.37-47.

nicotina, a través de los efectos que produce, que son potentes e inmediatos, es la responsable del carácter adictivo del tabaco. (Arnedillo Moreno J. pp 38)

2- Monóxido de carbono

El monóxido de carbono (CO) es un gas tóxico que resulta de la combustión incompleta de, entre otros productos, el tabaco. El monóxido de carbono pasa a la sangre compitiendo y desplazando al oxígeno de su unión con los glóbulos rojos, con los que presenta una afinidad 250 veces superior, de modo que limita la oxigenación de las células del organismo. (Arnedillo Moreno J. pp. 39)

3- Alquitrán

Es una mezcla de sustancias que produce el tabaco al arder y que se deposita en los pulmones. Está relacionado con distintos tipos de cáncer, y especialmente el de pulmón. (Arnedillo Moreno J. pp. 39)

4- Gases irritantes

Actúan alterando los mecanismos defensivos de las vías respiratorias y los pulmones, por lo que se favorecen las toses, faringitis, catarros y bronquitis, tan frecuentes entre los fumadores. (Arnedillo Moreno J. pp. 39)

1.3.1.3 Fármacos

Los psicofármacos pueden ser considerados la "tercera droga legal", después del alcohol y el tabaco. Su consumo es preocupante y tiende a aumentar, tanto entre la población general como entre los adolescentes.

En este grupo se incluyen todas aquellas sustancias producidas industrialmente por laboratorios farmacéuticos y dirigidas a su uso médico. Se trata, pues, de sustancias legales que pueden requerir prescripción médica. (Arnedillo Moreno J.2002. pág. 47)

Los psicofármacos pueden ser clasificados en dos grandes categorías: fármacos depresores y fármacos estimulantes

Fármacos depresores: sobre todo benzodiacepinas, barbitúricos y tranquilizantes en general. Se prescriben por su efecto reductor de la ansiedad e inductor del sueño. A este grupo pertenecen, por ejemplo, los conocidos "valium" y "tranxilium". (Arnedillo Moreno J. pág. 48)

Fármacos estimulantes: sobre todo anfetaminas y antidepresivos. Las anfetaminas son vendidas bajo control estricto; se utilizan médicamente como anorexígenos para perder peso y también en el tratamiento de algunas alteraciones de la conducta infantil. Los antidepresivos se agrupan en distintas familias, se utilizan para elevar el estado de ánimo e, indirectamente, para el tratamiento de otros problemas donde puede estar implicado el estado de ánimo (como el tabaquismo y el autocontrol en general); algunos de ellos, como el Prozac, han llegado a ser muy populares y utilizados. (Arnedillo Moreno J. pág. 48)

Los psicofármacos mantienen, sin duda, un estatus especial en el universo de las drogas. Tan especial que frecuentemente no son incluidos en las listas. Esta peculiaridad, se debe a que se trata que sustancias que no sólo son legales (como el alcohol o el tabaco), sino que además son fabricadas y prescritas con fines terapéuticos, bajo control sanitario y con un aval científico y profesional. Esta situación no debe, sin embargo, hacernos perder la perspectiva del problema.

Según esto, cabe la posibilidad de un uso extraterapéutico; esto es evidente, y es ahí donde radica, en principio, la problematicidad de su uso. Pero también hay que valorar los problemas que a menudo genera la propia prescripción médica.

Los laboratorios, que fabrican medicamentos, invierten ingentes cantidades de dinero en el desarrollo y comercialización de nuevos productos, y tratan de rentabilizar esa inversión. Financian y promueven toda investigación que dé como resultado la idoneidad de un determinado producto; a menudo presentan los resultados de estas investigaciones como "literatura científica" cuando en buena parte es "literatura comercial"; fomentan una visión de las conductas

alteradas (ansiedad, anorexia, adicciones, hiperactividad.) que considera que el individuo afectado presenta alteraciones orgánicas tratables con fármacos; finalmente, condicionan de distintas formas a los profesionales de la salud para optimizar sus resultados comerciales. (Arnedillo Moreno J. pág. 49)

Moreno Arnedillo¹⁵ sostiene que “los fármacos generan dependencia física y síndrome de abstinencia, por lo que el tiempo de su utilización debe ser cuidadosamente planificado, y su abandono debe ser progresivo; estas condiciones a menudo no se respetan, dando lugar así a una prolongación indefinida de su uso.

- *Provocan tolerancia, por lo que es necesario aumentar progresivamente la dosis para conseguir los mismos efectos.*
- *Pueden provocar efectos secundarios importantes.*
- *Potencian los efectos del alcohol, por lo que su consumo combinado es peligroso.*
- *Sobre todo, disminuyen la percepción de competencia del individuo sobre su capacidad para autocontrolar su conducta, porque hacen que el sujeto atribuya los cambios al efecto del fármaco, dando lugar a una dependencia psicológica intensa.*

1.3.2 Las Drogas Ilícitas

Las drogas ilícitas, son aquellas sustancias cuyo consumo y venta está prohibido por ley. Sin embargo su uso ha ido creciendo cada vez más, en la actualidad, lamentablemente, contamos con una gran variedad de sustancias que modifican el estado de conciencia.

En nuestro país el consumo de este tipo de drogas ha ido en aumento en los últimos años, comprometiendo cada día más a los jóvenes en edades cada vez más tempranas. Lamentablemente las campañas de prevención impulsadas por

¹⁵ Arnedillo Moreno Javier; Alicia Acero Achirica, Moreno Arnedillo Gorka, Sanches Pardo Lorenzo “La prevención de la droga dependencia en el tiempo de ocio”; Manual de formación. Imprime JUMA; Madrid, pp. 50. Año: 2002

los distintos estamentos de la sociedad, resultan insuficientes, y muchas veces mal enfocadas.

Las drogas ilícitas más conocidas son: cánnabis, cocaína, paco o pasta base, drogas de diseño y heroína

1.3.2.1 Cánnabis

Moreno Arnedillo¹⁶ define la "Cánnabis Sativa" o cáñamo: *“como una planta anual que puede crecer de modo silvestre, como lo ha hecho durante miles de años, o cultivada. En este último caso la concentración de sustancias psicoactivas es mayor. Su consumo puede realizarse en forma de marihuana ("hierba", "maría"), que son las hojas y pequeños tallos de la planta, que se fuman solas o con tabaco, o en forma de hachís ("costo", "chocolate"), que son tabletas elaboradas a partir de la resina de la planta, que se mezclan con tabaco y se fuman”*

Se han identificado hasta ahora más de 400 sustancias en el cánnabis. De ellas, aproximadamente 60 son las llamadas "cannabinoides", responsables de los efectos provocados por el consumo. El cannabinoide más importante es el tetrahidrocannabinol o THC. (Arnedillo Moreno J. 2002 pág. 42)

Los preparados del cánnabis, como el hachís o la marihuana, se consumen normalmente en forma de cigarrillos, por lo que el THC es absorbido en los pulmones. Según el tipo de preparación y la forma de fumar varía la cantidad absorbida. Una vez que el THC pasa a la sangre se distribuye rápidamente por los tejidos, en los que penetra fácilmente. Posteriormente se redistribuye al tejido adiposo, donde se deposita durante varios días después de haber sido ingerido. Su liberación desde esos depósitos es lenta, por lo que sus niveles en la sangre, y desde ahí en el cerebro, son bajos pero prolongados. En un fumador crónico de cánnabis, la vida media del THC está entre 3 y 5 días. Esto podría explicar la falta

¹⁶ Arnedillo Moreno Javier; Alicia Acero Achirica, Moreno Arnedillo Gorka, Sanches Pardo Lorenzo "La prevención de la drogo dependencia en el tiempo de ocio"; Manual de formación. Imprime JUMA; Madrid, pp. 42 Año:2002

de síndrome de abstinencia intenso al dejar de consumir. (Arnedillo Moreno J. 2002 pág.43)

Los efectos inmediatos del consumo sobre el organismo consisten en una cierta aceleración del pulso, debilidad muscular, sequedad de boca y aumento del apetito. Las sensaciones subjetivas más frecuentes suelen ser de relajación y euforia, con distorsiones visuales y de la percepción del tiempo y facilidad para el habla y la risa. (Arnedillo Moreno J. 2002 pág. 43)

La tendencia al consumo de cánnabis sosteniendo que es la droga ilegal más consumida en los países occidentales. Sostiene que su consumo en occidente se incrementó muy notablemente en los años 60 y primeros 70, posteriormente se estabilizó, volvió a experimentar un incremento a finales de los 80 y primeros 90, y actualmente asistimos a una estabilización en términos globales pero con un incremento importante (y preocupante) entre los más jóvenes y en contextos recreativos, distintos de los contextos de los consumidores de décadas anteriores. En un capítulo anterior de este manual ya hemos expuesto los datos de consumo tal como aparecen en las últimas encuestas. (Arnedillo Moreno J. 2002 pág.43)

En cuanto al abandono del consumo de la droga el autor sostiene que parece claro que el porcentaje de sujetos que abandonan el consumo de cánnabis una vez iniciado es significativamente menor que el porcentaje de individuos que abandonan el consumo de otras drogas ilegales. Es la droga ilegal cuyo consumo perdura más. (Arnedillo Moreno J.2002 pág.44)

1.3.2.2 Cocaína

La coca es una planta que crece desde hace siglos en el altiplano andino, cuyo consumo por masticación de las hojas, es tradicional entre los indios, quienes lo utilizan tradicionalmente para soportar la altitud, la fatiga o el hambre. El principio activo de la coca fue extraído por primera vez a mediados del siglo

XIX, y se convirtió en los años 20 en un ingrediente importante de numerosos tónicos y elixires medicinales. (Arnedillo Moreno J. 2002 pág.52)

En cuanto al consumo de la cocaína, esta es una de las sustancias que admite más subtipos y formas de administración tiene. En la actualidad existen distintos preparados obtenidos a partir de diversos procesos químicos.

- El *clorhidrato de cocaína*, conocido popularmente como "cocaína", "nieve" o "coca", que es la forma de consumo principal en Europa; es un polvo blanco, fino y cristalino, soluble en agua, que suele venderse mezclado con otras sustancias como la maizena o el talco, y que suele usarse inyectada por vía intravenosa o esnifada. (Arnedillo Moreno J. 2002 pág. 52)
- La "*base libre*" o "*free base*", que es un preparado a partir del clorhidrato de cocaína disuelta en una base fuerte, con apariencia de polvo blanco preparado para fumar. (Arnedillo Moreno J. 2002 pág.52)

Esta droga en Argentina la conocemos bajo el nombre pasta base o paco.

- El "*crack*", que es una mezcla de cocaína, bicarbonato de sodio y amoníaco con aspecto de pequeños cristales, que se administra fumada. Produce sus efectos de modo notablemente más rápido. Es un producto mucho más económico que la cocaína, y dirigido a poblaciones de menor poder adquisitivo. (Arnedillo Moreno J.2002 pág. 52).

En cuanto a los efectos que produce la cocaína se sostiene que es un estimulante del sistema nervioso central. Dependiendo de la forma de administración tarda más o menos tiempo en producir sus efectos, pero en todo caso éstos son rápidos. Se absorbe muy fácilmente, llega rápidamente al cerebro y provoca una reacción de euforia, activación, sensación de lucidez y estar muy despierto, aumento de la sociabilidad y disminución de sensaciones como el cansancio o el sueño. Algunos consumidores sienten que les ayuda a realizar determinadas tareas físicas o intelectuales. Este efecto puede perdurar de 15 a 30 minutos cuando la droga es inhalada, y de 5 a 10 minutos cuando es fumada. Cuando las dosis son altas (varios cientos de miligramos o más) se intensifican estos efectos, pero también se pueden experimentar temblores, vértigos,

espasmos, reacciones paranoides y comportamientos violentos. (Arnedillo Moreno J. 2002 pág. 53)

Al margen del evidente riesgo de sobredosis en un consumo aislado, hay que decir que los efectos negativos del consumo habitual de cocaína tardan algún tiempo en hacerse evidentes, pero son intensos:

La cocaína en el organismo, produce pérdida de apetito y malnutrición, insomnio, perforación del tabique nasal, irritación de la mucosa nasal, complicaciones gastrointestinales, riesgo de infartos y hemorragias cerebrales, y cardiopatía isquémica con riesgo de muerte. (Arnedillo Moreno J. 2002 pág. 53)

Desde el punto de vista del comportamiento, el consumo crónico de cocaína puede provocar alteraciones psicóticas, inestabilidad emocional con "picos" de euforia y "valles" de depresión, desequilibrio psicológico general y franca dependencia; la supresión del consumo suele dar lugar además a somnolencia e irritabilidad. (Arnedillo Moreno J. 2002 pág. 54)

Pero sin duda la principal consecuencia es el desarrollo de una dependencia intensa, vivida como deseo insistente de consumir y pérdida de la capacidad subjetiva de manejo de determinadas situaciones sin la droga, con todas las consecuencias habituales de las dependencias: empobrecimiento del repertorio conductual, aparición de problemas laborales, familiares, económicos, etc. (Arnedillo Moreno J. 2002 pág. 54)

No existe síndrome de abstinencia como tal, pero sostiene que en el consumidor habitual, suele aparecer una potente tendencia a aumentar la frecuencia de administración y una intensa ansiedad ante la perspectiva de no disponer de la droga, especialmente en aquellas situaciones asociadas al consumo. (Arnedillo Moreno 2002 J. pág. 54)

Su consumo se ha ido extendiendo sin embargo, en los últimos años, a otros grupos sociales y propone incluso una clasificación de los consumidores en tres grupos:

- Los "aristocráticos", que consumen ocasionalmente como parte de la búsqueda de placer. (Arnedillo Moreno 2002 pág.54)
- Los "recreativos", que consumen en espacios de diversión y fiesta, y en donde se incluiría el patrón de consumo juvenil creciente. Desde este punto de vista, su uso se relaciona fuertemente al del éxtasis.(Arnedillo Moreno 2002 pág.54)
- Los "atrapados", consumidores que han perdido el control sobre el consumo de modo que éste se convierte en el centro de sus actividades, experimentando intensamente las consecuencias económicas, familiares y patológicas. (Arnedillo Moreno 2002 pág.54)

1.3.2.3 Paco

El paco, también conocido como la Pasta Base o PBC, es una droga de muy bajo costo, elaborada a partir de bicarbonato de sodio, cafeína, alcaloide de cocaína y anfetaminas. (Senitzky Ignacio; 2010¹⁷, pág.1)

La pasta base de cocaína o paco, no es una droga, es peor que eso: es el desecho de una droga. Surge como residuo de las cocinas o laboratorios en los que se elabora la cocaína, emerge como un resultado de una industria que busca la forma de introducir en el mercado hasta a sus desechos.(Valeria Chávez; 2009,¹⁸, pág.1)

Se consume a través de las vías respiratorias, mediante pipas caceras o también mezclada con marihuana. Por la composición que presenta el paco es considerada altamente toxica y adictiva, llevando a los consumidores a hacer de todo con tal de obtener otra dosis. (Senitzky Ignacio; 2010, pág. 2)

Es muy adictivo porque sus efectos son muy intensos, pero también muy breves. Al fumarse, sus resultados aparecen en un lapso de apenas entre 8 y 40 segundos, y se extiende por sólo unos minutos. Allí el consumidor pasa de la euforia, inicial, de la sensación de placer, del éxtasis, a una angustia y una

¹⁷ Senitzky Ignacio; El paco la droga de los pobres; Adicciones by suite 110, pag. Internet google; 8 de febrero del 2010.

¹⁸ Valeria Chávez Ar.glovedia.com/paco-drogadicto ¿Que es el paco? los muertos del paco historia completa acerca de esta droga que mata a muchos adolescentes. Publicada 27-7-2009

depresión profundas que lo llevan a querer consumir nuevamente. (Valeria Chávez; 2009, pág. 3)

En el consumo de la droga, el sujeto, atraviesa por distintas etapas, estas son desde los aporte de Senitzky Ignacio¹⁹

- ✓ Euforia: disminución de las inhibiciones y sensación de placer.
- ✓ Disforia: comienzo de sentimientos de angustia, depresión e inseguridad.
- ✓ Adicción: consumo sin interrupciones buscando mitigar la sensación de disforia.
- ✓ Psicosis y alucinaciones: surge la pérdida de contacto con la realidad, agitación, paranoia, alucinaciones que pueden durar semanas.

Otros efectos físicos que causa el consumo prolongado del paco son la pérdida de peso, taquicardia, verborrea, insomnio, dolor de cabeza y falta de coordinación. Los principales daños son los cerebrales, que pueden ser múltiples: "El paco produce defrontalización, daña la frontalidad", se denomina al daño hecho por esta adicción "encefalopatía (enfermedad del cerebro) desfrontalizante".(Valeria Chávez²⁰; 2009)

Para que entendamos todos, el lóbulo frontal es conocido como el de la 'civilización, dado que en él está la capacidad de poner freno a los impulsos, a la agresión, la capacidad de pensar las consecuencias de los actos, así como tener moral, ética o espiritualidad. "Ese lóbulo sufre microinfartos que lo dañan progresivamente convirtiendo a esa persona en 'puro impulso". (Valeria Chávez; 2009)

¿El paco mata? El paco, en sí mismo, no produce una sobredosis. Destruye de a poco. El adicto terminal muere por el deterioro o por el descuido. (Valeria Chávez; 2009).

¹⁹ Senitzky Ignacio; El paco la droga de los pobres; Adicciones by suite 110, Internet google; 8 de febrero del 2010

²⁰ Valeria Chávez Ar.glovedia.com/paco-drogadicto ¿Que es el paco? los muertos del paco historia completa acerca de esta droga que mata a muchos adolescentes. Publicada 27-7-2009.

Mientras el consumo de pasta base es poco habitual en el consumo de drogas en países como España esta droga derivada de la cocaína, ha tenido una evolución completamente diferente en la Argentina. El consumo de paco por los jóvenes argentinos hoy presenta un índice alarmante.

El consumo de paco no es un fenómeno exclusivo de la Argentina. Toda América del Sur es su ámbito de influencia. Allí donde llega la cocaína, se encuentra la pasta base. “La hipótesis más fuerte es que no hay pasta base sin transformación en la industria de la cocaína. No es que los usuarios encontraron una sustancia nueva; no es que un despiadado hizo aparecer la pasta base para matar jóvenes pobres. Cambia la macroeconomía de la cocaína, se produce más en la Argentina y por lo tanto circula más el desecho de la producción. El clorhidrato se envía a los que pueden pagarla en Palermo o Barrio Norte y en grandes cantidades para la exportación. El desecho se vende acá. Se reterritorializa la narcoeconomía y se re-territorializa el consumo”. (Valeria Chávez; 2009)

A partir del considerable aumento del consumo de paco en los jóvenes argentinos, un grupo de madres fundaron la agrupación “Madres del Paco” con el objetivo de lograr una concientización sobre el tema y ayudar a los chicos a salir de esta adicción. Este grupo de madres formado en Villa Ciudad Oculta, ha entregado barrios petitorios al gobierno para que abran centros de atención especializados en esta droga. (Senitzky Ignacio; 2010)

La agrupación se encarga de combatir el consumo de Pasta Base, en los jóvenes de la villa, de dar contención a los chicos que quieran salir del consumo y lo mas importante, lograr que se proteja a los que denuncian la venta de paco. (Senitzky Ignacio; 2010)

1.3.2.4 Drogas de Diseño

Las "drogas de diseño", también llamadas "drogas de síntesis", "pastillas" o "éxtasis", Moreno Arnedillo J.²¹ las define como: *“compuestos elaborados en laboratorios a base de anfetaminas y algún componente de efectos alucinógenos. Suelen venderse en forma de pastillas, en cuya superficie se graban distintos símbolos para su identificación. Éste sostiene que una dosis media contiene entre 100 y 150 mg y sus efectos duran de dos a tres horas”*.

El MDMA o "éxtasis" propiamente dicho fue elaborado en 1912 por los laboratorios Merck, y desechado posteriormente por sus efectos psicoactivos. En décadas posteriores fue objeto de uso experimental en ámbitos militares y sanitarios. A partir de la década de los ochenta su uso aparece fuertemente asociado a la música "house". (Arnedillo Moreno J. 2002 pág.50)

Pero la familia de las drogas sintéticas incluye numerosos preparados. Los más conocidos son:

El MDA o "píldora del amor", que es más tóxica y más alucinógena que el MDMA, y se supone que es afrodisíaca. (Arnedillo Moreno J. 2002 pág. 51)

El "speed" (clorhidrato de metanfetamina). Puede ser fumado, ingerido, inhalado o inyectado. Produce, como todas las anfetaminas, euforia, disminución del cansancio, aumento de la capacidad de concentración, disminución del apetito e hipertermia; produce también un aumento del gasto cardíaco y la presión arterial, pudiendo afectar seriamente al cerebro. El consumo habitual puede llevar a conductas psicóticas y violentas. (Arnedillo Moreno J. 2002 pág. 51)

El PCP, fenciclidina o "polvo de ángel", que provoca alteraciones de la percepción, el pensamiento y el estado de ánimo.(Arnedillo Moreno J.2002 pág. 52)

El "éxtasis líquido" (GHB, gamma-hidroxiбутirato), que a pesar de su nombre no está relacionado directamente con el MDMA, y que provoca,

²¹ Arnedillo Moreno Javier; Alicia Acero Achirica, Moreno Arnedillo Gorka, Sánchez Pardo Lorenzo "La prevención de la drogo dependencia en el tiempo de ocio"; Manual de formación. Imprime JUMA; Madrid,pp. 50. Año: 2002

dependiendo de la dosis, desde relajación y somnolencia hasta estados hipnóticos y enlentecimiento severo del ritmo cardíaco y respiratorio. Uno de los problemas del "extasis líquido" consiste precisamente en que, por presentarse en forma líquida, su dosificación no es tan exacta como en el caso de las pastillas. (Arnedillo Moreno J. 2002 pág.52)

Los contextos en los que se consumen las drogas de diseño al menos el consumo en proporciones de fenómeno social, está fuertemente asociado a un contexto y a una finalidad muy concreta: las macrodiscotecas, la música electrónica y el mantener el ritmo del baile y "marcha" durante horas y horas en los fines de semana.

La composición de las "pastillas" puede modificarse libremente, con lo que los efectos pueden ser muy variables. En principio, estos pueden situarse en un continuo entre dos polos, el de la estimulación y el de la alteración de la percepción, según la proporción relativa de componentes anfetamínicos o alucinógenos. Basta con representar el nombre que la industria le atribuye a la pastilla o cartón de Acido lisérgico para poder dar cuenta de los efectos esperados y obtenidos

Uno de los problemas de las "pastillas" es que los consumidores no suelen diferir notablemente entre sí, y que continuamente aparecen preparados nuevos, tanto en concentración como en composición, por lo que en la mayoría de las ocasiones el consumidor no suele conocer realmente lo que consume.

Según Moreno Arnedillo²² los principales problemas que pueden derivarse de su consumo pueden resumirse en:

- *El consumidor no sabe con certeza lo que toma ni en qué proporción. Otra cosa distinta que es habitualmente, y por una cuestión de lógica comercial, las dosis no suelen alcanzar niveles peligrosos. De todos modos, cuanto mayor proporción de anfetamina contenga la pastilla y más continuado sea su consumo, mayor*

²² Arnedillo Moreno Javier; Alicia Acero Achirica, Moreno Arnedillo Gorka, Sánchez Pardo Lorenzo "La prevención de la drogo dependencia en el tiempo de ocio"; Manual de formación. Imprime JUMA; Madrid,pp. 54. Año: 2002

probabilidad existe de que aparezcan fenómenos de resaca o necesidad de aumentar la dosis.

- *La intoxicación aguda de MDMA se acompaña de taquicardia, hipertensión, hipertermia, hipertonía muscular, alucinaciones visuales e incluso muerte.*
- *Las pastillas, y los entornos y actividad asociados a ellas, favorecen la pérdida de líquidos y la hipertermia, por lo que existe riesgo de deshidratación si no se bebe agua al mismo tiempo que se consume.*
- *El uso intenso o prolongado puede provocar diversas alteraciones como ansiedad, pánico, confusión, insomnio, psicosis y alucinaciones.*
- *El consumo de éxtasis se combina a menudo con el de otras sustancias como cánnabis, alcohol, tabaco y cocaína. Como en el caso de todas las drogas, existe el riesgo de generarse una dependencia.*

Según el autor esta droga no debe entenderse, como frecuentemente ocurre, en los términos estrechos de la "dependencia física", sino más bien con el progresivo *empobrecimiento del repertorio personal de posibilidades de diversión*, hasta el punto de existir una necesidad percibida de consumir sustancias para poder divertirse. Del mismo modo, aparece una progresiva incapacidad para afrontar problemas cotidianos.

La mayoría de quienes han consumido éxtasis no pasan del consumo experimental u ocasional; en torno a un tercio de quienes lo han probado pasan a un consumo habitual y siempre asociado a las situaciones que se han descrito. (Arnedillo Moreno J. 2002 pág. 55)

1.3.2.5 Heroína

Probablemente una de las drogas más temidas por todas las sociedades, su nombre ha pasado a formar parte del imaginario social y colectivo de todas las edades.

Arnedillo Moreno J. ²³ define a la Heroína como: “*un derivado semisintético del opio. Este es un producto natural que se extrae de una especie de amapola llamada "Papaver somniferum".*

Al igual que ocurre en el caso de la coca, el consumo de opio se remonta a siglos atrás, particularmente en Persia y China; su uso se fue difundiendo lentamente hasta llegar a Occidente. En la actualidad el consumo de opio fumado casi ha desaparecido de los países occidentales. (Arnedillo Moreno J.2002 pág.55)

A la misma familia de los opiáceos pertenecen sustancias como la morfina, la codeína o la metadona. Todas ellas comparten un potentísimo efecto analgésico y relajante.

- La *morfina* fue el primer alcaloide del opio que pudo ser aislado, ya en 1805; su nombre se deriva del dios Morfeo. Se empezó rápidamente a utilizar como analgésico por su enorme eficacia para aliviar el dolor producido por heridas en batallas, y hoy se sigue utilizando con el mismo fin en pacientes terminales. Pronto se observó, sin embargo, que muchas personas a las que se les había administrado morfina se convertían rápidamente en adictos a la sustancia .(Arnedillo Moreno J2002 pág. 55)
- La *codeína* es otro derivado opiáceo algo más reciente que la morfina. Suele administrarse formando parte de distintos preparados farmacéuticos para combatir el dolor o la tos, si bien su uso está en la actualidad muy controlado por su importante potencial adictivo. (Arnedillo Moreno J.2002 pág.55)
- La *metadona* es, a diferencia de las sustancias anteriores, un preparado de origen sintético. Se utiliza en el tratamiento de la adicción a la heroína, como sustitutivo de ésta, ya sea en programas de mantenimiento o en programas "libres de drogas" mediante la reducción progresiva de la dosis.

²³ Arnedillo Moreno Javier; Alicia Acero Achirica, Moreno Arnedillo Gorka, Sanches Pardo Lorenzo “La prevención de la drogo dependencia en el tiempo de ocio”; Manual de formación. Imprime JUMA; Madrid, pp.54 Año: 2002

Frente a la heroína tiene dos ventajas muy importantes: en primer lugar, se administra por vía oral, con lo cual se evitan los importantes riesgos asociados al uso de la jeringuilla; en segundo lugar, permite un espaciamiento de 24 horas entre la toma. (Arnedillo Moreno J. 2002 pág. 55)

La heroína nació en 1898 en el laboratorio farmacéutico de la compañía Bayer, buscando una sustancia eficaz para combatir problemas respiratorios y el dolor. No fue hasta muchas décadas después cuando se extendió su uso, inicialmente en ciertos ambientes de la contracultura de los años 60 y posteriormente a otras capas sociales, llegando a constituir en los años 80 y 90 un enorme problema de salud pública.

La heroína tiene el aspecto de un polvo fino de un color que va del blanco al marrón. Puede administrarse inyectada, inhalada o fumada. La forma inyectada era la principal vía de administración hasta mediados de los 90; el polvo se disuelve en una pequeña cantidad de agua caliente, que posteriormente se introduce en una jeringa y se inyecta. Esta forma de administración añade a los riesgos propios de la sustancia en sí los derivados de la propia vía de administración (embolias, infecciones de hepatitis o SIDA...), y en los últimos años ha sido desplazada en nuestro entorno por la administración fumada, que es hoy mayoritaria. (Arnedillo Moreno J. 2002 pág. 56)

En cuanto los efectos que produce la heroína, sostiene que esta es un potente depresor de la actividad del Sistema Nervioso Central. Como tal, tiene un inigualable efecto para eliminar el dolor. El dolor es una experiencia compleja donde existen componentes sensoriales pero también emocionales.

La eficacia de la heroína, reside precisamente en que actúa sobre los aspectos emocionales de la experiencia dolorosa (la angustia, la tensión), produciendo sensaciones intensas de placer y tranquilidad. Los consumidores a menudo hablan de un "golpe" de placer, cuya intensidad depende de la cantidad administrada y de la vía de administración. A la fase inicial de placer le sigue otra de relajación absoluta y euforia. (Arnedillo Moreno J. 2002 pág. 56)

La heroína es sin duda la más peligrosa de las sustancias que llamamos "drogas". La desaparición de los efectos positivos inmediatos tiende a provocar en el consumidor después de algunos contactos el deseo intenso de repetir la administración. Cuando esto ocurre comienza un enorme cúmulo de riesgos: (Arnedillo Moreno J.2002 pág. 57)

- En primer lugar, está el riesgo de intoxicación aguda o sobredosis, cuando el toxicómano toma una dosis superior a la que su organismo puede tolerar. Esto puede ocurrir porque la cantidad consumida es elevada o porque se consume una sustancia con un elevado grado de pureza. La sobredosis produce miosis, depresión respiratoria, espasmos gastrointestinales, edema pulmonar, convulsiones y muerte por paro respiratorio. (Arnedillo Moreno J.2002 pág. 58)
- En segundo lugar, están los riesgos derivados del uso de la jeringa. Puede aparecer tromboflebitis y riesgo de muerte por embolia. Pero sobre todo, cuando las jeringas utilizadas son compartidas, existe el riesgo de contraer infecciones graves como la hepatitis o el SIDA. Como es sabido, este es un gravísimo problema añadido a la propia adicción desde principios de los años 80. (Arnedillo Moreno J.2002 pág. 58)
- En tercer lugar, están los riesgos derivados de la administración de distintas sustancias adulterantes, con las que los traficantes "cortan" la heroína. Algunas de ellas son capaces de provocar la muerte inmediata.(Arnedillo Moreno J.2002 pág. 58)
- En cuarto lugar, están los efectos provocados por la abstinencia de la droga una vez que se ha creado la adicción. El síndrome de abstinencia se acompaña de intenso nerviosismo, sudores, inquietud, escalofríos y náuseas, y en los casos graves de disnea, convulsiones, calambres, mucosidades y diarrea. La intensidad subjetiva de todos estos síntomas se ve agravada, además, por el hecho de que los toxicómanos están habituados a "escapar" rápidamente de toda sensación aversiva mediante la propia administración de la heroína, por lo que toleran muy mal el dolor o

el malestar. Estos síntomas suelen aparecer varias horas después de la última dosis y duran entre 5 y 10 días.(Arnedillo Moreno J.2002 pág. 58)

El principal efecto negativo del consumo de droga es el propio desarrollo de la dependencia o adicción en sí misma, y de todas las consecuencias que conlleva. En el caso de la heroína, ésta suele aparecer de modo rápido e intenso. Implica la necesidad de administrarse la droga entre tres y diez veces diarias. La búsqueda de una nueva dosis sustituye cualquier otra actividad diaria del sujeto, y acaba destruyendo por completo la vida familiar, laboral o de ocio, así como la salud. Se descuida la alimentación y la higiene, y el repertorio vital se va empobreciendo progresivamente.(Arnedillo Moreno J.2002. pág. 59)

Las nuevas fuentes de estrés que va creando la propia dependencia (familiar, laboral, emocional, sanitaria) conducen a un ahondamiento en el consumo y frecuentemente a la muerte. (Arnedillo moreno J.2002. pág.59)

La pertinencia de hacer referencia a la heroína, aunque sólo fuera por ser la sustancia en la que generalmente se piensa cuando, en los medios de comunicación y en el discurso social en general, se oye hablar de "la droga". La heroína ha sido desde los años 70 y hasta principios de los 90 el eje y referente de la alarma social y de las respuestas asistenciales generadas en torno a las drogas. Y sin duda, lo más interesante a destacar sobre la heroína es precisamente su escasa y menguante presencia (si bien no es imposible un cambio de tendencia) entre los adolescentes de los primeros años del siglo XXI. Se trata de una droga cuya presencia ha descendido en el conjunto de la población y en las demandas de atención en los centros especializados, y que además ha mantenido siempre una edad de inicio más elevada que el resto.

1.4 Patrones del consumo de droga

Existen distintos conceptos para determinar los patrones de consumo de una droga, que nos permiten replantear el concepto de relación con el objeto y

comprender más específicamente el alcance de este, es decir comprender mas específicamente las formas de relación entre el sujeto y las drogas

A continuación se desarrolla un glosario de términos, que hacen al universo de patrones de consumo de drogas. Las primeras cinco categorías de relación con el objeto son construidas para expresar la relación con las drogas en la adolescencia, lo que presenta características diferentes y situaciones problemáticas diferentes, tanto para la prevención como para la asistencia.

Inicio precoz del consumo de drogas:

Cuando se habla de inicio precoz del consumo de drogas se habla de la iniciación en el consumo experimental a la edad de 11 años o menos. El inicio precoz de consumo de sustancias y su uso regular en la adolescencia se asocian con consumo problemático, con menor rendimiento escolar, deterioro de la salud mental, conductas sexuales de riesgo y delincuencia. (T. Hernández López, J. Roldan Fernández; 2009²⁴)

Según lo anteriormente expuesto, el inicio precoz del consumo de sustancias se considera uno de los mejores predictores de trastornos de abuso o dependencia; sin embargo, son escasas las investigaciones que analizan el inicio precoz de las drogas de mayor prevalencia de consumo (alcohol, tabaco y cannabis) de manera agrupada y las implicaciones de dicha agrupación. En este sentido, Agrawal (2006) llevó a cabo un estudio con mujeres en el que encontró asociación entre el consumo precoz de tabaco, alcohol y cannabis con experimentar con drogas de comercio ilegal, señalando que el inicio precoz en más de una sustancia contribuyó a aumentar el riesgo de experimentar con otras drogas. (T. Hernández López, J. Roldan Fernández; 2009

²⁴ Teresa Hernández López, Jesús Roldán Fernández, Anunciación Jiménez Frutos, “La Edad de Inicio en el Consumo de Drogas, un Indicador de Consumo Problemático” *Intervención Psicosocial* v. 18 n.3 pág.1-7 Madrid dic. 2009

Consumo experimental:

El adolescente tiene contacto inicial con una o varias drogas, las que puede abandonar o continuar consumiendo. Las motivaciones más frecuentes son la curiosidad, presión del grupo, atracción por lo prohibido, desconocido y el riesgo, búsqueda de placer. El adolescente desconoce los efectos de la droga, su consumo se realiza generalmente en el contexto de un grupo que le invita a probarla, comúnmente en fines de semana o en fiestas. Su desempeño es adecuado en la mayoría de los ámbitos, como la escuela y familia, entre otros. (CONACE; 2010²⁵)

Consumo ocasional:

El joven continúa utilizando la droga en grupo, su frecuencia de consumo es esporádica y no sigue una rutina determinada.

Las motivaciones principales para el consumo son: facilitar la comunicación o relaciones interpersonales, búsqueda de placer y sensación de "relajo", transgredir normas. Aunque el adolescente es capaz de llevar a cabo las mismas actividades sin necesidad de consumir droga alguna, ya conoce la acción de la misma en su organismo y por este motivo la usa. El joven aprovecha las ocasiones para consumir, no la busca directamente; se relaciona con grupos o personas que pueden proveerlo, generalmente no compra. (CONACE; 2010)

Consumo habitual:

El joven ha incorporado la droga en sus rutinas, conoce el precio, la calidad y efecto de las drogas (solas o combinadas), las busca y las compra. Se establece un hábito de consumo, cuya frecuencia puede llegar a ser semanal, obedeciendo a una rutina individual o grupal. Esta práctica puede conducirlo a otras formas de consumo, dependiendo de la sustancia de que se trate, la frecuencia con que se emplee, las características de la persona y el contexto cercano. Entre las motivaciones para mantener el uso de la droga se encuentran: intensificar

²⁵ CONACE Área técnica de prevención; Gobierno Chile. Orientaciones para abordar el consumo de drogas y alcohol en enseñanza media. Impresión: Ograma S.A. pag.15-17. Año: 2010.

sensaciones de placer o "bienestar", sentimiento de pertenencia de grupo y necesidad de reconocimiento dentro de éste, mitigar sentimientos de soledad, aburrimiento, ansiedad, reafirmar su independencia, reducir el hambre, el frío o cansancio, entre otras. (CONACE; 2010)

Consumo problemático o abusivo: (adolescencia)

El adolescente consume en situaciones grupales o individuales en forma concertada para ese propósito. El consumo es selectivo de una o más drogas, conoce su calidad y busca impulsivamente los efectos tanto físicos como psicológicos de las sustancias (solas o combinadas). Consume en situaciones de riesgo o peligro para sí mismo o para otros y no dimensiona las consecuencias de su conducta. Se generan cambios en su desempeño y en sus relaciones interpersonales, presentando consecuencias negativas en su funcionamiento familiar, educacional, social, etc., pero aún no presenta los fenómenos de tolerancia y síndrome de abstinencia. (CONACE; 2010)

Uso:

Es el consumo esporádico y circunstancial de una droga; es ni más ni menos que la utilización de sustancias. (C.C.P. Provincia de Mza. 2010²⁶)

Abuso:

"Cualquier consumo de droga que dañe o amenace dañar la salud física, mental o el bienestar social del individuo". Se incluye aquí: (C.C.P. Provincia de Mza. 2010)

1. Es excesivo (situación de riesgo orgánico).
2. Es dañino (el consumo de sustancias por personas conlleva una disminución importante o total de la tolerancia a las mismas).

²⁶Cuadernillo de Capacitación y de prevención en Adicciones Dirección General de Salud Mental. Plan Provincial de Adicciones Sedronar. Dirección de Prevención Sanitaria y Micro Hospital. Municipalidad de Guaymallen. Septiembre del "Cuadernillo distribuido como material de capacitación para promotores de la salud". Pág. 69-74. Año: 2010

3. Es disfuncional (implica un patrón desadaptativo de consumo que genera una alteración del funcionamiento psicológico y social).

En términos generales se establece cuando el consumo se reitera para una misma droga en similares o diferentes situaciones o cuando se recurre a diferentes drogas.

Uso indebido:

Algunos autores utilizan el término "uso indebido" con el mismo concepto de "abuso", otros en cambio lo hacen para enfatizar a través de ello la existencia de un "uso debido" o "uso correcto de las drogas", desde una óptica farmacológica, esto último corresponde a la utilización y consumo de ciertas sustancias bajo control de un profesional calificado. Sin embargo, bajo el término de "Uso Indebido de Drogas", también se contempla otro concepto, el que los organismos internacionales, definen como campo multidisciplinario de acción y estudio relacionado con las drogas (C.C.P Provincia de Mza; 2010)

Dependencia:

“Cuando alguien siente o cree que no puede vivir sin una sustancia, y la consume en forma permanente y de manera compulsiva”

La dependencia a las drogas es una de las formas de consumir drogas. Pero no es ni la única ni la más habitual, desarrollar una dependencia con las drogas es haber llegado al final de un proceso que se ha comenzado mucho tiempo antes, de manera gradual, casi siempre sin conciencia de ello y por diversos motivos los cuales generalmente son desconocidos o no aceptados por la persona. (CCP provincia de Mza; 2010)

Aquí, nos referimos al individuo íntegro, considerando que de ambas maneras prevalece en la persona la compulsión, imperiosa necesidad de consumir la droga y, como dijimos en el concepto de adicción, la patología está dada por la modalidad de búsqueda. . (CCP provincia de Mza; 2010)

Drogodependencia:

“Estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintética y caracterizado por un deseo dominante de seguir tomando la droga y obtenerla por cualquier medio, una tendencia a aumentar la dosis, dependencia física o psíquica, con síndrome de abstinencia por retiro o disminución brusca de la droga y efectos nocivos para el sujeto y para la sociedad” (O.M.S).

Toxicomanía:

Etimológicamente el vocablo se halla compuesto por dos raíces: tóxico, del griego "toxikon" que significa veneno, y manía del latín "manía" que significa locura parcial con la obsesión de una idea fija. Desde un enfoque etimológico toxicomanía sería la obsesión de consumir tóxico o veneno. (Manual de capacitadores, Plan Provincial de Adicciones, Mza. 2010)

“Es la inclinación irresistible o predilección por sustancias tóxicas y/o estupefacientes, que causan adicción y/o acostumbramiento y/o dependencia”.

Para la Organización Mundial de la Salud el término "toxicomanía" es sinónimo del término "dependencia".

Intoxicación:

“Es el estado en el que se encuentra el organismo como consecuencia de haber consumido veneno”. Tóxico, desde su raíz griega significa veneno, por tanto, el estado de intoxicación es un estado que implica la incorporación de cualquier sustancia capaz de ocasionar la muerte o graves trastornos. Este término es utilizado especialmente entre médicos. Se podría decir que el concepto es similar al término "uso indebido" y/o "abuso"; no obstante es importante aclarar que si bien la intoxicación implica una modalidad de abuso de sustancias, el abusar de una sustancia no necesariamente implica intoxicación. (Cuadernillo de capacitación. Plan Provincial de Adicciones, Mza. 2010)

Efectos:

“La alteración que produce la sustancia en el momento de su consumo es decir de ser introducida al organismo, y en el momento inmediatamente posterior es lo que se denomina efecto producido por la sustancia”.(Cuadernillo de Capacitación, Plan Provincial de Adicciones, Mza.2010)

Consecuencias:

“Las afecciones que se producen a lo largo del tiempo y con la permanencia del consumo, se denominan consecuencias producidas por la sustancia”. Estas consecuencias serán problemas a nivel físico derivándose en graves afecciones, pero antes que ello existen consecuencias a otros niveles igualmente importantes como por ejemplo, dificultades en las relaciones afectivas, aislamiento, imposibilidad de establecer una pareja duradera, imposibilidad de trabajar o estudiar con continuidad, pérdida de protagonismo en roles sociales, etc. (Cuadernillo de capacitación, Plan Provincial de adicciones, Mza. 2010)

Tolerancia:

“Es un estado de adaptación al consumo de una sustancia con cierta dosis, la cual tiende a ser aumentada paulatinamente para obtenerse los efectos que producía en un comienzo del consumo”. “Es el acostumbramiento del organismo a una cierta toxicidad”. (Cuadernillo de capacitación, Plan Provincial de Adicciones Mza, 2010)

Síndrome de Abstinencia:

Cuando una persona ha llegado a ser dependiente de una sustancia, tiene una relación con la misma. El consumo es continuo y las dosis, según los casos, son administradas en períodos de tiempos más o menos cortos. Cuando por alguna razón la administración de dicha sustancia es suspendida, durante determinado tiempo, se produce un cuadro psicofísico denominado "síndrome de abstinencia". Los signos y síntomas que el síndrome representa pueden ser muy variados y puede derivarse hasta en un cuadro clínico de gravedad.(Cuadernillo de Capacitación , Plan Provincial de Adicciones, Mza 2010)

Flashback:

Los efectos del consumo de ciertas sustancias alucinógenas pueden reaparecer hasta después de varios meses de haber abandonado el uso. La forma inesperada de la recurrencia puede traer serios trastornos como accidentes o acciones criminales involuntarias. (Cuadernillo de capacitación , Plan Provincial de Adicciones , Mza 2010)

Hábito:

Es la adaptación del organismo a la droga, con el aumento paulatino de la dosis a fin de mantener el mismo efecto inicial. (Cuadernillo de capacitación, Plan Provincial de Adicciones, Mza. 2010)

Acostumbramiento:

Es la consecuencia inmediata del hábito y lleva al organismo a aceptar dosis que generalmente originan la intoxicación severa y aún la muerte (sobredosis). (Cuadernillo de capacitación, Plan Provincial de Adicciones, Mza 2010)

Capítulo II

“Teorías del consumo de droga”



2-Teorías del consumo de drogas y modelos de prevención

2.1 Teorías del consumo de droga en la adolescencia.

Los planteamientos iniciales fueron desarrollados en la década de los 60 y principios de los 70, como se puede observar en el desarrollo de las teorías realizado a continuación, estas centran la explicación del consumo de drogas desde factores unidimensionales y específicos al individuo. Así, factores individuales y situacionales son considerados como factores predictores e interrelacionados en el consumo de sustancias. Determinados rasgos de personalidad, exposición a ciertos modelos de comportamiento o carencias en la relación entre el individuo y el contexto social son algunas de las variables apuntadas.

Investigaciones posteriores descartan este tipo de explicación al defender la idea de que las variables de personalidad, así como cualquier otro factor de tipo unidimensional, no pueden ser por sí mismo predictivos de una conducta, siendo ejemplo de estas teorías la de la multicausalidad del consumo de drogas y la de factores protectores y factores de riesgo de consumo de drogas.

Además, los datos epidemiológicos demuestran que el consumo de drogas no es una realidad específica de algunos individuos, sino que parece ser un patrón de conducta extendido en la población juvenil. El consumo extendido de las drogas permite, por una parte, excluir definitivamente las interpretaciones que plantean el consumo de drogas como algo específico de un número restringido de sujetos que poseen un trastorno o son desviados sociales y, por otra, introducir una nueva perspectiva de análisis en la que se demuestra la importancia de otros factores más generales relacionados con contextos sociales y grupos de socialización.

En esta línea, y sin haber llegado todavía a un modelo consensuado, una gran cantidad de teorías han intentado explicar el consumo de drogas en la adolescencia.

Para el abordaje de las teorías que buscan explicar el consumo de drogas desde una perspectiva unidimensional como multicausal, comenzaremos mencionando a Becoña Elisandro²⁷, quien diferencia tres grupos de teorías y modelos explicativos para el consumo de drogas.

Según este autor un primer grupo está formado por las teorías parciales o basadas en pocos componentes, entre los que se destacan los modelos biológicos, creencias de salud, teorías del aprendizaje y las teorías de actitudes entre otras.

Un segundo grupo denominado teorías de estadio o evolutivas constituido por el modelo evolutivo de Kandel y el modelo de etapas motivacionales multicomponentes entre otros.

Y por último un tercer grupo conformado por teorías integrativas y comprensivas, compuesto entre otras, por el modelo de promoción de la salud, teorías de aprendizaje social, teoría cognitivo social de Bandura, modelo de desarrollo social de Catalano y Hawkins, teoría de la conducta problema de Jessor y Jessor.

- ✓ Teoría de la multicausalidad.
- ✓ Teoría de los factores de riesgo y factores protectores
- ✓ Teoría de la influencia triádica de Flay y Petraitis
- ✓ Modelo de Desarrollo Social: Hawkins, Catalano y Miller.
- ✓ Modelo Integrador de Elliot, Huizinga y Ageton.
- ✓ Teoría del Cluster de Iguales: Oetting y Beauvais.
- ✓ Teoría de la Conducta Problema: Jessor y Jessor.
- ✓ Teoría de la Acción Razonada: Fishbein y Azjen.
- ✓ Teoría del Aprendizaje Social: Bandura.
- ✓ Modelo de Creencias de Salud: Becker.

²⁷ Becoña, Iglesias Elisandro. . Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. *Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas*. Madrid, 1-477. Año:2002

- ✓ Teoría de la Inoculación: McGuire (1968).
- ✓ Teoría del Control Social: Hirschi (1969).

2.1.1 La multicausalidad del consumo de drogas.

Para esta teoría la problemática del consumo de drogas, como cualquier problema social, es susceptible de diversas interpretaciones epistemológicas. Se trata de un problema social complejo y multifactorial, tanto por sus causas y consecuencias, como por sus componentes e implicaciones.

De este modo, el consumo de droga podrá ser comprendido desde perspectivas distintas que buscan interpretar la complejidad y dinámica de la problemática, cada una de las cuales enfatizará determinados aspectos y propondrá una postura aproximativa particular.

Según Pons Diez Xavier²⁸, los múltiples elementos implicados en la problemática del consumo de drogas, determinan una complejidad de aspectos que deberán considerarse para poder entender y abordar de manera exhaustiva este problema social. Para él todo consumo de drogas implica la presencia de una persona que realiza una elección conductual, pero también supone una peculiar reacción del organismo ante la acción de una sustancia química, así como escenarios sociales con muchas variables condicionantes. (Pons Diez X. 2008, pág.158)

²⁸ Pons Diez, Xavier; "Modelos interpretativos del consumo de drogas"; Polis: Investigación y Análisis Sociopolítico y Psicosocial, Vol. 4, Núm. 2, Universidad Autónoma Metropolitana – Iztapalapa, pp. 157-186. Año: 2008.

"Dr. Pons Diez, Xavier; Doctor en Psicología y Master Psicología Comunitaria, por la Universidad de Valencia España. Profesor del departamento de Psicología de la Universidad de Valencia. Ha publicado numerosos trabajos en el ámbito de la psicología social aplicada al estudio de la conducta del consumo de droga, a la prevención social y al desarrollo comunitario."

Estamos hablando de un fenómeno que tiene, en definitiva, implicaciones múltiples: psicológicas, médicas, bioquímicas, sociológicas, etnológicas, jurídicas, económicas, políticas, educativas, históricas, y éticas.

Esto nos permite comprender que cuando hablamos de multicausalidad del consumo de drogas estamos diciendo que la problemática del uso, abuso, dependencia y demás patrones de consumo y de trastornos producidos por el consumo repetido de una droga, no responde a una causa única, muy por el contrario se sostiene que esta es multicausal dependiendo de una gran cantidad de factores que intervienen.

El Dr. Jorge Barandica²⁹ en el *IV Seminario sobre educación en Adicciones*, sostiene en relación a la problemática del consumo de drogas y su comprensión desde la multicausalidad:

“..... vamos a ir pensando el concepto de multicausalidad, diciendo que hay que entender la multicausalidad como algo totalmente dinámico dentro de las adicciones. Es interesante poder captar el concepto de la multicausalidad como un espacio en donde intervienen distintos factores, pero, donde lo más importante es tener en cuenta que el interjuego es lo fundamental, la dinámica que se da en la causalidad de las adicciones. Vamos a ir desarrollando cuáles son esos factores que intervienen en este juego, en esta dinámica.

Como siempre, vamos a hablar de factores individuales o psicológicos, de factores familiares, de factores sociales y culturales, y de factores políticos y económicos.

Vamos a ir, primero, a plantear estas dos dimensiones de la multicausalidad. Desde el punto de vista de la prevención en adicciones, la multicausalidad permite tener una doble visión acerca del fenómeno. Por un lado, aislar cuáles son los factores protectores, tanto en un grupo, una comunidad escolar, un barrio, dentro de lo familiar, ó sencillamente en lo individual. Y esos factores protectores siempre los vamos a encontrar como aquello que constituye el recurso, desde donde la prevención es posible, o desde donde la asistencia, incluso, es posible. Trabajar en adicciones, como lo será en otras temáticas

²⁹ Dr. Jorge Barandica; IV Seminario de Educación Sobre Adicciones; Programa Medios en la Educación, El diario en la escuela; Diario los Andes; Auditorio Dr. Adolfo Calle ; Publica diario los Andes ;Abril del 2007.

que se rozan tanto con lo social, es una labor bastante desgastante, que nos contacta mucho con la angustia, nos contacta con sentimientos desagradables, con situaciones límite en donde, generalmente, la sensación es que, ahí, no se puede hacer nada, o que, hay poco para hacer.

La visión de la multicausalidad da lugar a reconocer, siempre, entre las cuestiones involucradas con la adicción, factores protectores, es decir recursos, y enseguida, los vamos a desarrollar.

Pero, también, obviamente, nos interesa, y es importante, reconocer cuáles son los factores de riesgo en la multicausalidad que, serán aquellos elementos que actúan para promover que esa situación, que es indeseada, que no debería aparecer, aparezca. Estos factores de riesgo son los que varían en cada caso de un modo particular, y constituyen este juego dinámico al que recién me refería".

Como se puede comprender en lo expresado por el Dr. Jorge Barandica, la multicausalidad, como algo dinámico en el desarrollo de las adicciones, se juega y se pone en movimiento desde factores que intervienen en el desarrollo de las adicciones, remitiendo no a una causa única, si no muy por el contrario remite a muchas causas en la que intervienen factores, sociales, psicológicos, familiares, culturales etc., donde la interacción de los mismos puede aumentar la probabilidad de desencadenar diversas situaciones conflictivas de consumo.

Estos factores nos permiten comprender y dan cuenta en como a la hora de pensar el porqué del consumo de un joven no podemos buscar una explicación remitiendo el análisis en dirección a una causa única y debemos comprender este análisis como algo dinámico, que incluye una diversidad de factores que debemos ser capaces de hacer lectura.

2.1.2 Factores protectores y factores de riesgo del consumo de droga

Como podemos comprender dentro de la multicausalidad de la problemática del consumo de droga podemos hacer análisis de los factores de riesgo y factores de protección considerados condicionantes en la dinámica del desarrollo de las

adicciones a drogas.

Por un factor de riesgo entendemos: ³⁰*condiciones sociales, económicas o biológicas, conductas o ambientes que están asociados o causan un incremento de la susceptibilidad para una enfermedad específica, una salud deficiente o lesiones.*

Para el análisis que contempla cada uno de los factores de riesgo que remiten a la multicausalidad del consumo de droga, tomamos los aportes teóricos del Plan Provincial de Adicciones de la Provincia de Mza³¹, según este, los distintos factores contemplados en su análisis son, los factores psicológicos, los factores familiares, los factores sociales, los factores culturales, y los factores económicos y políticos.

Los factores psicológicos:

Los factores Psicológicos, intervienen en el inicio del consumo, uso y abuso de una droga, se relacionan con variables individuales que constituyen zonas vulnerables asociadas a la problemática del consumo. Una de ella se relaciona con los rasgos de dependencia que cuando se presentan de un modo excesivo en un trastorno de personalidad, lleva a los sujetos a establecer relaciones de dependencia con diferentes objetos de la realidad para la satisfacción de sus propias necesidades. (Plan Provincial de Adicciones, Mza. 2010, pág. 35)

En momentos de mayor vulnerabilidad, transformación y desajustes en la forma acostumbrada de funcionar cuando, recursos habituales con los que cuenta el individuo e resultan insuficientes o pocos adecuados aumenta la angustia incrementándose de los objetos que la calmen. (Plan Provincial de Adicciones, Mza. 2010, pág. 35)

Entre estos factores psicológicos que intervienen en la multicausalidad de la

³⁰ Organización Mundial de la salud Ginebra; Promoción de la salud Glosario; pág. 29. Año: 1998

³¹ Dirección General de Salud Mental. Plan Provincial de Adicciones Sedronar. Dirección de Prevención Sanitaria y Micro Hospital. Municipalidad de Guaymallen. *Cuadernillo de Capacitación y de prevención en Adicciones. Septiembre del 2010.* Pp.35-37.

problemática de adicciones se mencionan: la baja tolerancia a la frustración, dificultad para comunicar pensamientos y sentimientos con palabras, la imposibilidad de sostener proyectos expectativas y metas propias. (Plan Provincial de Adicciones, Mza. 2010, pág. 35)

Factores Familiares:

Entre los factores familiares, contemplados en el análisis de la comprensión de consumo de droga en los jóvenes, se considera que la ausencia de límites claros puede considerarse como elemento nodal en la mayoría de los casos. Esto se origina por las fallas en las funciones que debe cumplir cada miembro y que permite regular los intercambios. (Cuadernillo de Capacitación, Plan Provincial de Adicciones, Mza. 2010, pág.36)

Esta situación de disfunción familiar pueden manifestarse tanto por conductas sobre protectoras como de abandono o indiferencia. Los modelos de adultos propuestos en lugar de ser previsibles firmes, coherentes, aparecen inconsistentes, confundidos o ausentes. Los factores contemplados dentro de este ámbito son: la estructura de comunicación inexistente o deficitaria, el maltrato físico y/o psíquico, modelos paternos consumidores de drogas. (Plan Provincial de Adicciones, Mza. 2010, pág. 36)

Factores Sociales:

Los factores sociales, son factores que se relacionan con una preceptiva más global y contempla el análisis de las sociedades actuales sometidas a cambios vertiginosos, tienden a desarticular los vínculos de pertenencia, lo que lleva a los individuos a realizar permanentes esfuerzos de acomodación para sentir que pertenecen a las diferentes instituciones o grupos y no quedar excluidos de sus ámbitos habituales. (Cuadernillo de Capacitación, Plan Provincial de Adicciones, Mza. 2010, pp.36)

La fuerza que tienen los grupos puede arrastrar a sus miembros sobre todo a los más débiles al consumo de sustancias.

Ante la situación socio económica, los adultos se sumergen en la desesperanza y falta de proyectos lo que lleva a que no a aparezcan en los jóvenes modelos atractivos y definidos.

Factores Culturales:

Dentro de la multicausalidad de las adicciones también se contemplan los factores culturales, la cultura valoriza y significa de modo especial determinadas interacciones entre los hombre y entre estos y los objetos. En nuestro medio por ejemplo se desarrolla la creencia de que la mayoría de las necesidades pueden ser aliviadas en plazos cortos y con mínimos esfuerzos en detrimento de aquellos valores que proponen una cultura del esfuerzo a través del tiempo. (Plan Provincial de Adicciones, Mza. 2010, pág. 36)

Factores Económicos y Políticos:

Los factores económicos y políticos deben ser contemplados en este análisis y permiten dar cuenta de la multicausalidad de la problemática de las adicciones desde una perspectiva macro donde incorporamos la burocratización que conduce al aislamiento progresivo, al desarraigo afectivo e ideológico, entre otras formas de exclusión. Esto trae como correlato que los tiempos para la acción política se retarden en favor de la velocidad propia de los grupos de poder económico que operan en el mercado de sustancias lícitas e ilícitas. (Plan Provincial de Adicciones, Mza. 2010, pág. 36)

Si bien no se puede establecer una relación directa de causa efecto, el fuerte aumento en la producción y promoción, por ejemplo de la cerveza en nuestro país en los últimos diez años, se ha correspondido con aumentos muy significativos en el consumo, especialmente en la franja joven de la población.

En este análisis de la multicausalidad de las adicciones desde las distintos factores de riesgo p que interviene en la problemática, podemos sumar a su análisis

los factores de la investigación de Hawkin, Catalano y Miller³²; cuales han sido utilizados y tomados de referencia por programas de prevención desarrollados en España. Los factores considerados en la investigación de estos autores contiene a las anteriores y las simplifican en tres grandes grupos, asociadas a tres grandes factores: macro sociales, micros sociales y personales.

Factores macro sociales:

- *Disponibilidad y accesibilidad a las sustancias.* En nuestro país el carácter de droga legal convierte al alcohol en un producto disponible de fácil acceso, por los múltiples establecimientos donde se puede adquirir, los amplios horarios de venta, el precio asequible de las bebidas y el escaso control de la venta a menores. (Hawkins, J. D., Catalano, R. F. y Miller, J. Y. 1992, pág. 4)

- *Institucionalización y aprobación social de las drogas legales.* El alcohol es una droga aceptada socialmente. La televisión, el cine y la prensa muestran imágenes de personajes famosos y personas con prestigio social bebiendo. (Hawkins, J. D., Catalano, R. F. y Miller, J. Y. 1992, pág. 4)

- *Publicidad.* Constituye una importante fuente de presión social hacia el consumo. Los anuncios asocian la bebida con valores y estímulos atractivos para los adolescentes, como la amistad, el carácter y la personalidad, la transición a la adultez, el sexo, el riesgo y la aventura, etc. Estos mensajes persuasivos son difíciles de contrarrestar por los adolescentes que en muchos casos carecen de una actitud crítica frente a la publicidad. Por esta razón, se ha limitado la presencia de mensajes publicitarios dirigidos explícitamente a población adolescente. (Hawkins, J. D., Catalano, R. F. y Miller, J. Y. 1992, pág. 5)

³² Hawkins, J. D., Catalano, R. F. y Miller, J. Y. (1992) Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112, pp. 64-105.

- *Asociación del alcohol y drogas de síntesis con el ocio.* El consumo juvenil de drogas se encuentra ligado al tiempo libre, los fines de semana, a ciertos lugares de oferta como discotecas, bares o pubs, y a la búsqueda de nuevas sensaciones y experiencias. La utilización que se hace del tiempo libre se relaciona con el riesgo de consumo de sustancias, y se asocia con la asistencia a lugares de oferta y con la búsqueda inmediata de sensaciones nuevas y/o placenteras producidas por las drogas. (Hawkins, J. D., Catalano, R. F. y Miller, J. Y. 1992, pág. 5)

Factores microsociales:

- *Estilos educativos inadecuados.* La ambigüedad en las normas familiares, el exceso de protección, la falta de reconocimiento y una organización familiar rígida influyen negativamente en el adolescente, y pueden desembocar en una personalidad con escasa aserción o en un enfrentamiento con el mundo adulto. (Hawkins, J. D., Catalano, R. F. y Miller, J. Y. 1992, pág.7)

- *Falta de comunicación y clima familiar conflictivo.* La comunicación satisfactoria evita el aislamiento, educa para las relaciones extra familiares, promueve la expresión de sentimientos, y facilita el desarrollo personal. Por el contrario, la incomunicación y el ambiente familiar enrarecido contribuyen a generar y mantener los déficits y carencias personales, que el adolescente puede intentar compensar recurriendo a las drogas. Numerosos autores destacan la relación entre la vivencia negativa de las relaciones familiares y el uso de drogas - *Consumo familiar de alcohol.* Los estudios revelan la relación significativa del consumo de alcohol de padres, hermanos e hijos. (Hawkins, J. D., Catalano, R. F. y Miller, J. Y. 1992, pág. 7)

- *Influencia del grupo de amigos.* La pandilla es el marco de referencia que ayuda a afianzar la identidad adolescente frente al mundo adulto y satisface el sentimiento de afiliación o pertenencia a un grupo de iguales. La probabilidad de beber aumenta si el adolescente se integra en un grupo que consume alcohol, por influencia indirecta del modelado de los compañeros o directa de la presión de

grupo al instigar a la bebida mediante invitaciones explícitas. (Hawkins, J. D., Catalano, R. F. y Miller, J. Y. 1992, pág.8)

Factores personales:

- *Desinformación y prejuicios.* La falta de conocimiento o la información errónea sobre la naturaleza de las drogas, extensión del consumo adolescente, repercusiones negativas a corto y largo plazo, etc., alienta la curiosidad o impide valorar acertadamente los riesgos. Así, una elevada proporción de adolescentes considera que el alcohol no es una droga. (Hawkins, J. D., Catalano, R. F. y Miller, J. Y. 1992, pág. 10)

- *Actitudes favorables hacia el alcohol y drogas de síntesis.* Las actitudes favorables al uso de sustancias son importantes predictores del inicio del consumo de alcohol y otras drogas. (Hawkins, J. D., Catalano, R. F. y Miller, J. Y. 1992, pág.10)

- *Déficits y problemas del adolescente.* Los déficits y problemas personales constituyen factores de riesgo porque el adolescente puede intentar compensarlos o aliviarlos recurriendo al alcohol y otras drogas. El consumo de alcohol se relaciona estrechamente con pobre autoestima y con trastornos de ansiedad y del estado de ánimo. (Hawkins, J. D., Catalano, R. F. y Miller, J. Y. 1992, pág. 12)

Podemos comprender desde estos factores intervinientes en la aparición de desarrollo, comprendidos desde una dinámica, como la multicausalidad de las adicciones esta relaciona con factores de riesgo y factores protectores que previenen o fomentan la dinámica y aparición del uso de drogas en la adolescencia. (Hawkins, J. D., Catalano, R. F. y Miller, J. Y. 1992, pág.12)

Moncada³³, establece una serie de conclusiones en lo que se refiere a la problemática del consumo de drogas que nos recuerdan y amplían los aspectos

³³ Moncada, S. Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas. En Plan Nacional sobre Drogas (Ed.), *Prevención de las drogodependencias: análisis y propuestas de actuación*, (pp. 57-101). Madrid. Año: 1997

más relevantes en el estudio de los factores de riesgo relacionados con el uso/abuso de sustancias:

- 1) Se puede afirmar que existen factores asociados al uso de drogas así como otros que aparecen asociados a la abstinencia de las mismas.
- 2) Estos factores han sido clasificados en la literatura como “factores del individuo y sus relaciones con el entorno” (intrapersonales e interpersonales) y “factores ambientales o del contexto”;
- 3) A mayor concentración de factores, mayor será el riesgo o la protección. Además parece que el número de factores de riesgo al que los niños están expuestos está fuertemente asociado al descenso de sus competencias individuales.
- 4) Existen diferentes factores de riesgo para las distintas drogas.
- 5) Los factores de riesgo para el inicio del consumo de drogas y para otros niveles de consumo tampoco son los mismos aunque, en general, lo que muestran los estudios es una agudización de los factores de riesgo a medida que el sujeto pasa a fases más intensas o más problemáticas de consumo.
- 6) Algunos factores de riesgo tienen una influencia constante a lo largo del desarrollo, mientras que otros agudizan su impacto en determinadas edades.
- 7) No todos los factores tienen la misma validez externa.
- 8) Los diferentes factores muestran mayor o menor correlación con el uso de drogas, dependiendo muchas veces de los instrumentos de medida y de los indicadores que se utilizan.
- 9) Algunos factores son más remotos, aunque no por ello menos importantes y su efecto está mediado por otros más próximos. Estos son altamente predictivos, pero no explican las raíces del problema a largo plazo.

10) Se han encontrado factores de riesgo y protección comunes a una gran cantidad de conductas problemáticas o desadaptadas, algunas de las cuales, a su vez, predicen el uso problemático de drogas.

Como dicen: se conocen la mayoría si no todos los factores que influyen en el consumo de drogas, pero lo que no conocemos todavía es cómo todos esos factores, o piezas del puzzle, encajan y se relacionan entre sí. (Petraitis, Flay y Miller³⁴ ; 1995, pág. 109)

2.1.4 Teoría de la influencia triádica de Flay y Petraitis

Flay y Petraitis³⁵, en el año 1994 elaboran esta teoría comprensiva que agrupa varios elementos de otras teorías relevantes que se han utilizado en el campo de la salud y en el campo de las drogodependencias. De hecho, no se limita exclusivamente a la prevención en drogodependencias sino que abarca la prevención de todos los problemas de salud. Los autores consideran que a través de la integración de varias micro teorías se consiguen mejorar la capacidad predictiva y la comprensión de las conductas de salud, lo que facilita y optimiza la intervención, especialmente la intervención preventiva.

Esta teoría tiene en cuenta varios niveles para explicar las causas de la conducta: nivel último o final (incluye variables que están fuera del control inmediato, como la situación social, el ambiente cultural, la biología y la personalidad), nivel distal o lejano (ej., valores generales de la vida) y nivel próximo (se centra en los aspectos concretos de la conducta como por ej., las decisiones relacionadas con la salud). De esta manera, las influencias actitudinales, sociales e intrapersonales determinan de modo independiente o interactivo las decisiones sobre llevar a cabo o no una conducta concreta (ej., tomar drogas).

³⁴ Petraitis, J., Flay, B.R. y Miller, T.Q.,. Reviewing theories of adolescents substance use: organizing pieces in the puzzle. *Psychological Bulletin*, 117(1), 67-86. Año: 1995

³⁵ Flay, B. R. y Petraitis, J. "The theory of triadic influence: A new theory of health behavior with implications for preventive interventions". *Advances in Medical Sociology*, 4, pp.19-44. Año: 1994

Se consideran tanto las influencias directas como indirectas que afectan a la conducta. Dentro de estas últimas se toman en consideración: a) lo que el individuo extrae desde sus ambientes, situaciones y rasgos básicos; b) las expectativas sobre su conducta y, c) la evaluación de esas expectativas; y sus condiciones relacionadas con la salud. Por último, esta teoría explica que el grado de influencia de cada uno de estos factores o dimensiones afectan de forma diferente a distintos individuos y en distinto grado, dependiendo de que elemento estemos considerando.

En general, se sostiene que las personas que tengan una gran habilidad para controlar las acciones y un buen estado de ánimo desarrollarán una gran autoestima y un autoconcepto más coherente, lo que hará que la persona tenga una mayor autodeterminación. Esto, unido a las habilidades sociales específicas, conducirá a una mayor autoeficacia por parte del individuo respecto a la conducta concreta a la que nos referimos. Por otro lado, las personas que tienen una imagen desfavorable o incoherente de sí mismas, realizarán con más probabilidad conductas de riesgo, actuarán más impulsivamente y serán menos conscientes de las posibles consecuencias de sus actos.

Como indica Becoña³⁶, esta teoría permite explicar las causas relacionadas con la salud y, con ello, también, cómo pueden ser cambiadas estas conductas. Además, permite hacer predicciones comprobables y conocer la etiología y la dinámica de las conductas relacionadas con la salud.

2.1.4 Modelo de Desarrollo Social: Hawkins, Catalano y Miller

Este modelo incorpora planteamientos de otras teorías, en concreto, la teoría del control social, aprendizaje social y asociación diferencial son “fuentes” de las que el modelo recoge hipótesis y mecanismos.

Los autores del modelo intentan explícitamente organizar la evidencia disponible en torno a los factores de riesgo y a los factores de protección de la

³⁶ Becoña, Elizandro. *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Editado por el Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Año: 1999

conducta desviada. El modelo pretende ser un esquema explicativo de diferentes tipos de conducta problemática, ubicando el foco de atención en el proceso de socialización.

Uno de los puntos de partida de Hawkins, Catalano y Miller³⁷ (1992) es que la conducta prosocial y la conducta problema se originan a través de los mismos procesos, ambos tipos de conducta dependerán de los vínculos que se establezcan con los entornos de socialización. Cuando el individuo adquiere una fuerte vinculación con ámbitos prosociales, el resultado será un comportamiento prosocial. Cuando se genera una fuerte vinculación con entornos antisociales, aparecerá un comportamiento antisocial.

Este presupuesto contradice a las teorías del control social más ortodoxas; para Hirschi³⁸, por ejemplo, los vínculos sociales (especialmente en el ámbito familiar) siempre son inhibidores de la conducta desviada. Estos autores, sin embargo en esta teoría proponen que una alta vinculación a la familia puede ser facilitadora del consumo de drogas, si los miembros del grupo familiar son consumidores o muestran otras conductas desviadas.

Para que la formación de los vínculos sociales, un primer requisito es que el sujeto debe implicarse en ese medio social. En segundo lugar, el sujeto ha de interactuar con ese entorno, participando en sus actividades y en su dinámica. En tercer lugar, ha de tener habilidades y recursos personales para desarrollar esas interacciones. Finalmente, deberá percibir que la implicación con ese grupo social le beneficia con algún tipo de recompensa.

El modelo plantea que, a lo largo de la socialización, se van produciendo dos procesos paralelos. Uno de ellos va generando vínculos con entornos prosociales y, por tanto, inhibe la aparición de conducta desviadas; el otro crea lazos con medios antisociales y, por tanto, promueve la aparición de conductas

³⁷Hawkins, J. D., Catalano, R. F. y Miller, J. Y. . Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112, 64-105 .Año: 1992

³⁸ Hirschi, T. *Causes of Delinquency*. Berkely: University of California Press. Año: 1969

problema. El resultado final dependerá de la fuerza relativa de esos dos procesos: cuando los vínculos prosociales tienen más peso, no se desarrollan conductas antisociales; si los vínculos antisociales son los predominantes, aparecerá conducta desviada.

2.1.5 Modelo Integrador de Elliot, Huizinga y Ageton

Estos autores desarrollaron un modelo que integra diversas tradiciones teóricas en el estudio de la desviación social. Por una parte, Elliott³⁹, asume planteamientos de la teoría de la “tensión” estructural. Éste es uno de los marcos explicativos más difundidos en el ámbito de la conducta desviada; su eje central es la disparidad entre las metas y los medios de que dispone para conseguirlas.

En segundo lugar, el modelo de Elliott incorpora planteamientos de las teorías del control social de Hirschi,⁴⁰, de acuerdo con estas teorías, la conducta problema aparece cuando no existe una vinculación estrecha con la sociedad convencional; si el sujeto no se “apega” a instituciones convencionales y no asimila sus valores, tenderá a transgredir las normas. Finalmente, las corrientes de la asociación diferencial/aprendizaje social también aparecen representadas en el esquema de Elliott, estas corrientes otorgan una especial importancia a los procesos de aprendizaje dentro de los grupos más próximos; se hace especial énfasis en la importancia del grupo de amigos como un contexto en el cual se refuerzan y se “modelan” la delincuencia o el consumo de drogas.

De algún modo, el modelo puede ser considerado como una reformulación de la teoría del control social Hirschi. Este modelo señala tres factores importantes: Primeramente la “tensión” entre metas y medios; esta tensión puede vivirse en la familia y en la escuela; por ejemplo, si el adolescente carece de oportunidades para lograr sus metas una adecuada relación con los padres o para lograr éxito académico (dos metas personales frecuentes), su

³⁹ Elliot D., Huizinga D y Ageton S. (1985). *Explaining delinquency and drug use*. London: Sage, pp. 208- 230

⁴⁰ Hirschi, T. (1969). *Causes of Delinquency*. Berkely: University of California Press pp. 109- 128

vinculación a estos contextos será débil. En segundo lugar, la desorganización social también debilita los vínculos convencionales; si el sujeto pertenece a vecindarios conflictivos, con escasos lazos comunitarios y dificultades socioeconómicas, se implicará escasamente con las instituciones convencionales.

Finalmente, la socialización por parte de la familia o de la escuela también serán determinantes de la falta de apego a estos ambientes. A veces, los padres o la escuela no despliegan prácticas socializadoras adecuadas, con lo cual difícilmente se establecerán fuertes vínculos convencionales.

Posteriormente Elliott reformularía la teoría del control, indicando que la falta de vínculos convencionales no es suficiente para que aparezca la conducta desviada. Es necesario un paso más para que aparezca desviación: el sujeto debe entrar en contacto con grupos desviados (generalmente, grupos de iguales), que le refuercen y le induzcan a realizar conductas problema. Si el individuo carece de vínculos con la familia o con la escuela, correrá el riesgo de implicarse en grupos de amigos desviados. Éstos serán la “causa” más directa de la conducta problema.

2.1.6 Teoría del Clúster de Iguales: Oetting y Beauvais

La teoría de Oetting y Beauvais⁴¹, guarda ciertas semejanzas con el modelo de Elliott. Estos autores plantean que la única variable con una influencia directa sobre la conducta desviada es la implicación con amigos consumidores. El modelo contempla también otros factores de riesgo.

De acuerdo con Oetting y Beauvais existe una serie de variables que crean el “sustrato” para que el consumo aparezca. Algunas de ellas tienen que ver con la estructura social; por ejemplo, la pobreza, las condiciones de prejuicio, exclusión social y la desestructuración familiar son condiciones que favorecen el

⁴¹ Oetting E. y Beauvais F. Peer cluster theory, socialization characterization, and adolescent drug use: A path analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, pag: 63, 280-296. Año 1987

consumo. Asimismo, existen características psicológicas facilitadoras del consumo, como una baja autoconfianza, una alta ansiedad, o actitudes de tolerancia hacia la conducta desviada en general y hacia el consumo en particular.

Igualmente, son factores predisponentes una inadecuada relación del individuo con los padres, la escuela, la comunidad o la religión. Todos estos factores sólo actuarán de un modo indirecto, a través de la implicación con amigos consumidores. Este será el factor que, en último término, dará lugar al consumo. Los amigos configuran las actitudes sobre las drogas, proporcionarán las sustancias, crearán un contexto social facilitador del consumo y compartirán ideas y creencias que justifiquen el uso de drogas.

En este sentido, Oetting y Beauvais señalan que son especialmente importantes en determinados subgrupos de sujetos, altamente homogéneos, que se forman dentro de los grupos de amigos. Esos subgrupos son los llamados “clúster” de amigos. Los “clúster” suelen estar formados por muy pocos individuos, que comparten actitudes, valores, creencias y visiones del mundo. Los integrantes de un “clúster” probablemente utilizarán las mismas drogas, las utilizarán por las mismas razones y las consumirán juntos. Oetting y Beauvais señalan que cada miembro de un “clúster” será un agente activo que participa de un modo dinámico en la creación de las normas y las conductas del grupo.

La “fortaleza” del medio familiar (familias intactas, identificación del adolescente con su familia) favorece el ajuste a la escuela y la identificación con valores religiosos y, además, crea un clima de menor permisividad hacia las drogas. Tanto la identificación religiosa como la “fortaleza” de la familia propician el ajuste a la escuela (buen rendimiento académico e implicación afectiva con el medio escolar).

La tolerancia de la familia hacia las drogas, la implicación religiosa y el ajuste escolar afectarán a la asociación con amigos consumidores. Esta asociación será el determinante final del consumo. Fijémonos que el estudio de

Oetting y Beauvais⁴² proporciona un dato disonante con su teoría: el ajuste escolar afecta de un modo directo al consumo, sin necesidad de que se produzca implicación con amigos consumidores. Estos autores minimizan la importancia de este resultado, señalando que la proporción de varianza explicada por ese “path” es muy baja y que, por tanto, no amenaza a la validez de su teoría.

2.1.7 Teoría de la Conducta Problema: Jessor y Jessor

El modelo nace a finales de los años 60 y, desde entonces, ha sido desarrollado y consolidado en múltiples trabajos de Donovan, Jessor y Costa⁴³.

El modelo de Jessor⁴⁴ explica el desarrollo de diferentes conductas consideradas como problemáticas durante la adolescencia: el consumo de drogas, la delincuencia o las actividades sexuales prematuras y/o arriesgadas.

Esta teoría fue una de las primeras en reconocer que diferentes tipos de conducta desviada respondían a iguales determinantes. De hecho, fue este modelo el que acuñó el término de “conducta problema” para referirse a diversos comportamientos adolescentes, objeto de reprobación por parte de la sociedad convencional, que pueden ser explicados por los mismos factores de riesgo.

Concretamente, Jessor define a las conductas problema como aquel tipo de actividades que son socialmente definidas como problemáticas, que son fuente de preocupación o que se consideran indeseables por las normas convencionales. Además, su ocurrencia elícita algún tipo de respuesta de control; esta respuesta puede ser leve (la reprobación, la amonestación por parte de los adultos) o puede ser más severa (por ejemplo, el encarcelamiento).

⁴² Oetting, E. y Beauvais, F. (1987) Peer cluster theory, socialization characterization, and adolescent drug use: A path analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, pag. 280-296.

⁴³ Jessor, R. Donovan, J. D. y Costa, F. (1991). *Beyond adolescence: Problem behavior and youth adult development*. New York: Cambridge University Press

⁴⁴ Jessor, R. y Jessor, S. (1977). *Problem behavior and psychosocial development. A longitudinal study of youth*. London: Academic Press, pp. 105-123

De acuerdo con esta teoría, la conducta problema es propositiva, instrumental, funcional. El adolescente se implica en estos comportamientos con el fin de lograr ciertas metas importantes en su desarrollo. Por ejemplo, la conducta problema puede ser una vía para ganar respeto y aceptación en el grupo de amigos, para establecer la autonomía respecto de los padres, para enfrentarse a la ansiedad o a la frustración, a la anticipación de fracaso, etc. Jessor sostiene que no hay nada irracional o psicopatológico en tales metas, son comportamiento característicos del desarrollo psicosocial.

Este modelo nos presenta una serie de variables "antecedentes", que sirven de "telón de fondo" para la aparición de otras influencias más directas. Entre esas variables se encuentran factores de carácter sociodemográfico (estructura familiar, ocupación y educación de los padres) y factores relacionados con experiencias de socialización (ideología en los padres, clima familiar, la exposición a los medios de comunicación). Pero el núcleo de la teoría está representado por la interacción entre dos tipos de factores: personales y socioambientales. Estos componentes reciben el nombre de "sistema de personalidad" y "sistema de ambiente percibido". Cada uno de estos sistemas está configurado por diferentes factores. Algunos de ellos serán más distales y otros serán más próximos a la conducta problema. Además, algunos favorecen la conducta problema y otros serán factores inhibidores.

2.1.8 Teoría de la Acción Razonada Fishbein y Azjen

Uno de los modelos más difundidos sobre la relación entre factores cognitivos y consumo de drogas es la teoría de la acción razonada, planteada por Fishbein y Azjen ⁴⁵. El modelo no fue diseñado específicamente para el consumo de drogas. Es un planteamiento que, en sus orígenes, intenta explicitar las relaciones entre las actitudes y la conducta social en general. No obstante, su

⁴⁵ Fishbein, M. y Azjen, I. (1975). *Belief, attitude and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.

relevancia para comprender las conductas de consumo de drogas ha hecho que sea uno de los modelos más citados en este ámbito.

La teoría se centra en las influencias que, de un modo más directo y más próximo, actúan sobre el consumo. De acuerdo con la teoría, tales influencias vienen dadas por expectativas, creencias, actitudes y, en general, variables relacionadas con la cognición social. Los otros factores identificados por la investigación sobre el consumo de drogas (por ejemplo, la influencia del grupo de amigos, los factores personales) tendrán siempre un efecto indirecto, mediado por estas variables más próximas.

En concreto, la teoría de la acción razonada comienza planteando que la “causa” más inmediata del uso de drogas serán las intenciones para consumir o no consumir. Estas intenciones (o decisiones) estarán determinadas por dos componentes. Por una parte, las actitudes hacia el consumo y, por otra parte, las creencias “normativas” sobre el consumo. Las actitudes vienen dadas por dos elementos. Por una parte, las consecuencias (positivas y negativas) que los adolescentes esperen del consumo de drogas y, por otra parte, el valor afectivo que esas consecuencias tengan para el sujeto. Si el individuo concede más valor a los beneficios que a los costes del consumo, mostrará actitudes positivas hacia él.

Las creencias normativas (“norma subjetiva”) también vienen determinadas por dos componentes: por un lado, la percepción de que otras personas importantes para el sujeto aprueban, esperan y desean su consumo; por otro lado, la motivación del sujeto para acomodarse a las expectativas o deseos de esas personas. Si el adolescente percibe que sus amigos (u otros grupos de referencia a quienes desea agradar) esperan que consuma, su decisión tenderá a inclinarse hacia el consumo. En relación con esto, la creencia (acertada o equivocada) de que el consumo está ampliamente extendido y aceptado en sus grupos de referencia, ejercerá influencia sobre la intención de consumir. Un último elemento de la teoría es la importancia relativa de las actitudes y la norma subjetiva. A la hora de tomar su decisión, la persona no necesariamente concede igual “peso” a estos dos componentes. En algunos individuos, la decisión se ve

más influida por costes, beneficios y actitudes; en otros, la decisión puede estar más afectada por las expectativas de los demás

2.1.9 Teoría del Aprendizaje Social: Bandura

Esta teoría, desarrollada por Bandura⁴⁶, en 1997, integra los principios del condicionamiento clásico y condicionamiento operante para explicar el comportamiento humano (aprendizaje, mantenimiento y abandono de la conducta) y las corrientes psicológicas actuales donde prevalece el papel de la cognición (creencias, actitudes, pensamientos, etc.).

En este caso, el consumo de sustancias se conceptualiza como una conducta intencional, funcional y socialmente aprendida a través de un proceso de modelado y reforzamiento, además de la interacción de otros factores personales y socioambientales. A través de estas influencias, el joven aprende que el fumar, el beber o el consumir drogas es una práctica común entre los que le rodean y, por lo tanto, es algo socialmente aceptable y necesario si se pretende conseguir cierto reconocimiento entre sus iguales, incrementando, así, de forma paralela, su susceptibilidad ante las influencias sociales.

Posteriormente, Bandura⁴⁷ en el año 1986, red denominó esta teoría como: “*Teoría Cognitiva Social*”, e introdujo el término de *autoeficacia* como elemento cognitivo esencial, sin dejar de considerar las otras variables mencionadas.

El término autoeficiencia para este, se centra en los pensamientos que los individuos tienen acerca de su capacidad para actuar. La autoeficacia se ve afectada por cuatro tipos de experiencias: directa, vicaria, persuasión verbal y estados afectivos y psicológicos.

Bandura, a diferencia de las explicaciones de la conducta humana basadas en el condicionamiento clásico y operante, propone la existencia de tres sistemas

⁴⁶ Bandura A. *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. Año:1977, pp. 12-94

⁴⁷ Bandura A. *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall. Año:1986. Pp102- 129

implicados en la regulación de la conducta: 1) el primero estaría constituido por los acontecimientos o estímulos externos, que afectarían a la conducta principalmente a través de los procesos de condicionamiento clásico; 2) el segundo serían las consecuencias de la conducta en forma de refuerzos externos, y que ejercerían su influencia a través de los procesos de condicionamiento operante o instrumental; y, 3) el tercero lo constituirían los procesos cognitivos mediacionales, que regularían la influencia del medio, determinando los estímulos a los que se prestará atención, la percepción de los mismos y la propia influencia que éstos ejercerán sobre la conducta futura.

Desde este modelo, la influencia de estos tres factores varía dependiendo de las distintas actividades, individuos y circunstancias y se rechaza la existencia en la persona de factores fijos, tales como la personalidad predisponente o factores intrapsíquicos. Existen cuatro procesos mediante los cuales el individuo adquiere su propia concepción de sí mismo y sobre la naturaleza de sus pensamientos: a) la experiencia directa de los efectos producidos por sus acciones; b) la experiencia vicaria de los efectos producidos por la conducta de otras personas; c) los juicios manifestados por otros y d) las deducciones a partir de conocimientos previos utilizando reglas de inferencia.

Un aspecto importante de esta teoría de la autoeficacia es que, además de analizar los mediadores del cambio, proporciona pautas para maximizar la efectividad de los tratamientos y del cambio de conducta. Partiendo de que la autoeficacia influye en la motivación y en la ejecución, podemos pensar que también va a permitir predecir el comportamiento.

Para Becoña⁴⁸ otro aspecto importante, es que la teoría explica la influencia de los medios de comunicación de masas, que se constituyen como una poderosa influencia para aprender conductas de todo tipo (entre las que se encuentran el consumo de drogas legales e ilegales), formar actitudes y modular creencias.

⁴⁸ Becoña, Elizandro. *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Editado por el Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Año: 1999, pp.94- 105

Los planteamientos de esta teoría permiten utilizar, además de la técnica de modelado, otras que hoy se enmarcan en las denominadas técnicas cognitivo conductuales.

Es una teoría comprensiva de la conducta humana que considera a un tiempo tanto los factores de aprendizaje (condicionamiento clásico, operante y vicario), los procesos cognitivos, y la parte social en la que vive y se desarrolla la persona.

Por todo lo mencionado, esta teoría se plantea de gran repercusión para la realización de programas, tanto de tratamiento como de prevención del consumo de drogas.

2.1.10 Modelo de Creencias de Salud: Becker

Este modelo fue elaborado originalmente por un grupo de investigadores de la sección de estudios del comportamiento del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos entre los años 1950 y 1960. Durante las últimas décadas este modelo ha sido una de las aproximaciones psicosociales más ampliamente utilizadas para explicar la conducta relacionada con la salud.

Sus elementos fundamentales son la susceptibilidad percibida, la severidad percibida, los beneficios percibidos y las barreras percibidas. Desde mediados de la década de los años setenta, distintos autores entre los que se encuentra Beker⁴⁹ abogan por un modelo de competencia como alternativa al modelo del déficit, que primaba hasta esos momentos.

La clave de este modelo es intervenir anticipándose a los problemas para evitarlos, más que tratar de ayudar a los sujetos a superar los problemas (Costa y López⁵⁰, 1996).

⁴⁹ Becker, M. "The health belief model and illness behavior". *Health Education Monographs*, 2, pag. 409-419. Año: 1974

⁵⁰ Costa, M. y López, E.. "Educación para la salud. *Una estrategia para cambiar los estilos de vida*". Madrid: Pirámide. pág. 7-16. Año: 1996

Este modelo de competencia, desde la perspectiva del consumo de drogas, se centraría, principalmente, en dos clases de personas. Por un lado, los individuos que no han probado las drogas, para que no lleguen a iniciarse al consumo. Y, por otro, los individuos vulnerables (ya bien hayan manifestado los primeros síntomas para un diagnóstico precoz o no de consumo de sustancias) para llevar a cabo las estrategias de intervención preventivas adecuadas a las necesidades de los mismos.

Este modelo resalta la importancia de los déficits en los procesos de toma de decisiones, la conducta de un individuo está determinada por la comprensión que éste tiene de: la percepción de la severidad del consumo de drogas, la percepción de la susceptibilidad a la enfermedad o condición, la creencia de que una acción es eficaz para reducir la severidad de una enfermedad o su susceptibilidad a la enfermedad o condición, y avisos para tomar acción. Este modelo sugiere que si las personas poseen la información sobre la severidad de la enfermedad y su propia susceptibilidad a la misma, adoptarán la conducta saludable si perciben que la conducta recomendada es efectiva.

2.1.11 Teoría de la Inoculación: Mc Guire (1972)

Esta teoría de la inoculación psicosocial desarrollada por Mc Guire⁵¹ plantea que es altamente probable que los adolescentes, bajo presión, se involucren en conductas de riesgo como el consumo de drogas. La presión social incluye presión de los pares, modelos de padres adictos, mensajes relacionados con el consumo de drogas en los medios de comunicación, los cuales muestran en ocasiones consumidores de alcohol o tabaco que son atractivos para los adolescentes.

2.1.12 Teoría del Control Social: Hirschi (1969)

⁵¹ McGuire, W.J. “The Nature of Attitudes and Attitude Change.” En: Lindzey, G. y Aronson, E. (Eds.), *Handbook of Social Psychology*. Reading, MA: Addison-Wesley.. pág. 23-64. Año:1968

Esta teoría ha sido firme defensoras de la importancia del medio familiar. Estos planteamientos parten de la concepción del ser humano como un individuo hedonista, egoísta, orientado al placer inmediato y, por tanto, "propenso" a la transgresión de normas. Para que el sujeto llegue a aceptar y respetar las normas sociales, es necesario que, durante el proceso de socialización, el individuo se vaya "apegando" a instituciones convencionales, tales como la familia. Cuando esta vinculación se instaura con fuerza suficiente, el sujeto podrá asumir las normas y, por tanto, se verán contenidas sus tendencias naturales a la transgresión. Cuando, por el contrario, esos lazos no llegan a formarse o se deterioran por distintas razones, la motivación por violar las normas se expresará en la conducta del sujeto.

Los planteamientos de Hirschi⁵² fueron inicialmente elaborados para la comprensión de la conducta delictiva (se considera como uno de los "grandes" modelos explicativos en Criminología) y se aplicaron más tarde a otros comportamientos problemáticos, como el consumo de drogas.

Según esta teoría cuanto mayor sea la integración de un individuo en la sociedad, menor será su tendencia a consumir drogas y a participar en conductas delictivas. Para los niños y adolescentes, los principales agentes de integración social son la familia, la escuela y los amigos. Estos agentes favorecen el desarrollo de vínculos entre el joven y el orden social convencional y, cuando dichos vínculos son lo suficientemente fuertes, disuaden al joven de consumir drogas. Entre estos vínculos, el apego a los padres ocupa un lugar fundamental, el joven apegado a sus padres pasa más tiempo con ellos y, en consecuencia, tiene menos ocasiones de cometer delitos. Sin embargo, este control directo ejercido por los padres sólo tiene una importancia relativa; lo verdaderamente importante es que los padres estén psicológicamente presentes cuando al joven se le presenta la ocasión de cometer esta conducta. Es precisamente en ese momento cuando el joven debe preguntarse qué pensarían sus padres si lo vieran consumir drogas.

⁵²Hirschi, T. . *Causes of Delinquency*. Berkely: University of California Press., pág 109-128. Año: 1969.

2.2 Modelos de interpretación y prevención del consumo de droga

El análisis los diferentes modelos interpretativos y de prevención del consumo de droga pretende la comprensión, de como las representaciones que se tiene de la problemática de consumo de drogas ha determinado el tipo de respuesta que se ha dado a la misma. Es decir las distintas intervenciones que se ha dado a la problemática han sido sustentadas desde distintos marcos valorativos que respondieron al sistema de creencias imperantes y hegemonizadas en la sociedad en un determinado momento histórico.

El Plan Provincial de Adicciones de Mendoza⁵³ sostiene en relación a esto:

“Las representaciones y creencias que una sociedad tiene de un fenómeno están fuertemente condicionadas por el tipo de respuesta que dan las diversas instituciones que componen una sociedad. Por lo tanto, los mecanismos sociales que se ponen en juego para intentar controlar el fenómeno son coherentes con la percepción social dominante. Dicha percepción no esta aislada de la situación histórica social que encontramos con la temática de las drogas responde a condiciones socio políticas mas que ha patrones epidemiológicos y científicos”.

“El problema de las drogas remite mas que a los datos de la realidad a las concepciones que marcan esencialmente la manera en que entendemos el tema y por lo tanto esto condiciona directamente sobre la forma en la que intervenimos en el”.

A continuación analizaremos cinco modelos de interpretación teórica que se aproximan a la explicación de esta cuestión: modelo ético- jurídico, modelo medico sanitario, modelo psicosocial, modelo socio cultural y modelo de educación para la salud, y donde cada modelo, desde su perspectiva interpretativa, presenta el marco valorativo y estratégico del accionar de la prevención del consumo de droga.

⁵³ Dirección General de Salud Mental. Plan Provincial de Adicciones Sedronar. Cuadernillo de Capacitación y de prevención en Adicciones Dirección de Prevención Sanitaria y Micro Hospital. Municipalidad de Guaymallen.. Septiembre del 2010.

2.2.1 El modelo Ético- jurídico

Este modelo se sustenta en la consideración de que el abuso de sustancias ilegales es en sí misma una conducta delictiva causante de las drogodependencias ante la que se deben adoptar medidas punitivas. Se destaca la sustancia como agente corruptor; consecuentemente y el sujeto se identifica como un ser delincuente e inmoral responsable de su adicción. (Plan Municipal Contra las drogas del Ayuntamiento de Madrid⁵⁴, 2002)

Este modelo contempla el consumo de drogas desde el punto de vista de sus implicaciones legales y delictivas. El foco de interés es el propio producto y su situación legal. El modelo jurídico, según el autor, asume que las drogas que no están catalogadas como legales son fuente de graves daños físicos, psíquicos y sociales, y por tanto deben quedar fuera del alcance de los ciudadanos, al otro lado de la barrera levantada por la ley. Es decir, pretende proteger al individuo y a la sociedad de los males derivados de las drogas no institucionalizadas.(Ponz Diez Xavier, 2008, pág.162)

En este modelo se presta especial atención al conjunto de acciones asociadas de manera directa o indirecta con aquel tipo de consumo de sustancias que pueda ser considerado como delito o como causa de delito, así como a las sanciones legales que pretenden reducirlas. La consecuencia es que el individuo consumidor de drogas no legalizadas, dependiente o no, será percibido como un desviado o, incluso, como candidato de convertirse en delincuente, y de él interesarán únicamente aquellas conductas que están relacionadas con las implicaciones legales del consumo de sustancias. (Pons Diez, Xavier. 2008,pág.164)

⁵⁴Plan Municipal contra las drogas. Área de Servicio Social. Ayuntamiento de Madrid "La prevención de la droga dependencia principales modelos teóricos explicativos".. Marzo. Año: 2002

Como explican Pastor Carlos y López Latorre ⁵⁵, la atención del modelo jurídico no se orienta hacia el análisis detallado de las toxicomanías y, mucho menos, de los factores causales de éstas. Su interés, por el contrario, es subrayar la responsabilidad personal en el acto delictivo, y la responsabilidad de intervención coercitiva que tiene el sistema judicial, que deberá responder mediante sanción legal para garantizar, en la medida de lo posible, la salud pública y la seguridad colectiva. La droga, desde este modelo, es percibida como un elemento peligroso y capaz, en determinadas circunstancias y en manos de determinadas personas, de crear situaciones de riesgo que hagan peligrar la integridad física de los individuos y la salubridad colectiva.

Pastor Carlos y López Latorre⁵⁶ sostiene *"toda actividad relacionada con drogas no institucionalizadas, se convierte en un comportamiento cuanto menos antisocial, si no explícitamente ilegal. El individuo implicado responderá ante el sistema judicial, que se halla preparado para tal fin, y lo hará en función de la gravedad de su falta y de las consecuencias que de ella se deriven. El contexto social podrá tener un papel modulador del delito o del acto antinormativo, atenuando o agravando tanto sus consecuencias como la responsabilidad personal implicada en el mismo. No obstante, el modelo jurídico no incide en el análisis pormenorizado de las interacciones e influencias entre la persona y la droga o entre la persona, la droga y el ambiente. Estos aspectos son considerados en los restantes modelos y cada cual lo hace desde su particular perspectiva interpretativa"*

En materia de prevención de las toxicomanías, el modelo jurídico enmarca sus acciones dentro del objetivo más amplio de prevención de riesgos colectivos y promoción de la salud. Las medidas legales forman parte de la promoción de la salud, en tanto que ésta es un ámbito de intervención multidisciplinaria, que incluye la acción legislativa en la misma medida que la educativa, la política o la

⁵⁵ Pastor, Juan Carlos y M.J. López Latorre. "Modelos teóricos de prevención en toxicomanías: Una propuesta de clasificación", en *Anales de Psicología*, núm. 9, pp. 19-30. Año: 1993

⁵⁶ Pastor, Juan Carlos y M.J. López Latorre. "Modelos teóricos de prevención en toxicomanías: Una propuesta de clasificación", en *Anales de Psicología*, núm. 9, pp. 19-30. Año: 1993

asistencial Sin embargo, las medidas de prevención promovidas desde el modelo jurídico tradicional tendrían un carácter eminentemente restrictivo y coercitivo, y estarían operando a través no sólo del sistema legislativo, sino también del judicial y policial.(Ponz Deiz Xavier ;2008, pág.165)

Para Amando Vega⁵⁷ este modelo ha sido denominado por algunos autores como "jurídico- represivo", por cuanto representa una perspectiva de lo jurídico orientada hacia la represión y el castigo, con lo que se denota una vocación moralizante.

Este modelo en materia de prevención persigue:(Plan Municipal contra las drogas del Ayuntamiento de Madrid⁵⁸)

- *Dificultar la disponibilidad de la sustancia.*
- *Eliminar las actitudes antisociales o inmorales de ciertos grupos delictivos.*
- *Divulgar las terribles consecuencias que su utilización genera, destacando tanto los efectos nocivos de las drogas como las penas reglamentadas por su cultivo, producción, distribución, venta, uso y posesión.*
- *Aislar al drogodependiente del resto de la sociedad.*
- *Convertir la amenaza y el castigo en estrategias fundamentales con que alcanzar sus objetivos.*

En cuanto a los inconvenientes o limitaciones que este modelo presenta en acciones preventivas, son:

- *Los únicos agentes preventivos que tendrían cabida son los directamente relacionados con la represión de la producción, tráfico y consumo (jueces, policías, etc.). (Plan Municipal contra las drogas de Madrid ;2002)*
- *Probablemente, el castigo o su amenaza no conlleve los efectos deseados. Por una parte, conduce a un permanente estado de vigilancia que vulnera*

⁵⁷Vega, Amando "Modelos interpretativos de la problemática de las drogas", en *Revista Española de Drogodependencias*, núm. 17, pp. 221-232. Año: 1992

⁵⁸Plan Municipal contra las drogas. Área de Servicio Social. Ayuntamiento de Madrid. "La prevención de la drogo dependencia principales modelos teóricos explicativos". Marzo . Año ; 2002, pp 156- 157

los principios más elementales de libertad individual y, por otra, contribuye a potenciar su carácter prohibido con el consecuente atractivo que ello supone para un elevado número de posibles consumidores. (Plan Municipal contra las drogas de Madrid ;2002)

- *En la práctica, este enfoque se ha concretado en frecuentes charlas ofrecidas en colegios, grupos de padres, etc., generalmente realizadas por algún agente del orden público (sobre todo policías). En cambio, está comprobado que la información por sí misma no produce cambios ni en la actitud ni en el comportamiento, más aún cuando sólo se refiere a las consecuencias negativas del consumo y carece de objetividad. (Plan Municipal contra las drogas de Madrid ;2002)*
- *Elevar los precios de las drogas, no tiene que provocar una disminución de su consumo, pues eso no varía su funcionalidad, pudiendo causar un aumento de la delincuencia asociada al mismo. (Plan Municipal contra las drogas de Madrid ;2002)*
- *Para justificar la promulgación de leyes y medidas represivas, estigmatizan al adicto y recurren a información alarmista relativa a los peligros de las sustancias prohibidas. (Plan Municipal contra las drogas de Madrid ;2002)*

2.2.2 El modelo médico Sanitario

Este modelo se sustenta en la idea del drogadicto o consumidor de drogas como víctima de una enfermedad. Destaca las características farmacológicas de la droga como agente agresor, no ya corruptor como en el modelo anterior, de la salud pública, sin importar el estatus legal de la misma. (Plan Contra las Drogas del Ayuntamiento de Madrid. 2002., pág.57-58)

Pons Diez Xavier⁵⁹ llama este modelo Médico Tradicional, y argumenta en concordancia con el Plan que en este modelo se considera la dependencia de las drogas como una enfermedad caracterizada por una pérdida del control del individuo sobre su consumo. Para el autor esto significa que la dependencia de las

⁵⁹ Pons Diez, Xavier; "Modelos interpretativos del consumo de drogas";Polis: Investigación y Análisis Sociopolítico y Psicosocial, Vol. 4, Núm. 2, Universidad Autónoma Metropolitana – Iztapalapa, pp. 157-186 Año: 2008.

drogas es considerada un fenómeno vinculado exclusivamente a procesos internos del propio sujeto y para entenderla bastará apelar a la interacción entre la biología humana y las características farmacológicas de las drogas. Se contempla la drogadicción como un problema médico más, como una enfermedad más, que afecta a un individuo y es causada por la acción de una sustancia psicoactiva sobre los procesos internos –biológicos– de un individuo. Desde este punto de vista, una enfermedad es considerada como un atributo de la persona que la posee.

Esta perspectiva interpretativa aportada por el modelo para Pons Diez Xavier⁶⁰ ha permitido numerosos avances en el conocimiento de las características psicoactivas de las drogas y del proceso bioquímico de la adicción física, así como diferentes procedimientos de base médico-farmacológica que han resultado eficaces para el tratamiento de las adicciones. Además, su principal novedad epistemológica se halla en la consideración del adicto como un enfermo y no como un desviado social. Obviamente, el etiquetado del adicto como “desviado”, “vicioso” o “delincuente” es injusto y degradante, además de inapropiado como definición social y científica; por ello, esta consideración debe incluirse entre las aportaciones relevantes de este modelo. No obstante, la misma etiqueta de “enfermo” merecerá una cierta reflexión crítica que expondremos en el párrafo siguiente.

La consideración del adicto como enfermo, puede tener un efecto contrario al deseado, pues mantiene el etiquetado alienante del propio adicto además de contribuir poco a su papel activo en el tratamiento. Las personas tienden a crearse una autoimagen muy condicionada por la manera como perciben que son etiquetadas por los demás, siendo la etiqueta social del enfermo fácilmente asociable en nuestra sociedad al rol de pasividad. Por otro lado, la consideración de enfermedad no está libre de valoraciones sociales. La palabra “enfermo” es susceptible de ser usada con un tono claramente despectivo en el lenguaje

⁶⁰ Pons Diez, Xavier; “Modelos interpretativos del consumo de drogas”;Polis: Investigación y Análisis Sociopolítico y Psicosocial, Vol. 4, Núm. 2, Universidad Autónoma Metropolitana – Iztapalapa, pp. 157-186. Año 2008.

cotidiano y, en otras ocasiones, podrá ser una manera de estigmatizar a una persona que padece una dolencia física. Aprendemos por socialización que la relación con un enfermo puede ser desagradable, pues al fin y al cabo un enfermo es alguien “distinto”. (Pons Diez Xavier; 2008, pág. 164)

Para Xavier Pons⁶¹ *“El modelo médico sanitario no constituye una interpretación suficiente para explicar la compleja problemática del consumo de drogas, no sólo por la anterior reflexión crítica sobre la estigmatización del adicto como enfermo, sino por otras carencias”*:

- El énfasis en las interpretaciones biologicistas e individualistas, soslaya aspectos tan importantes para el conocimiento de la conducta de consumo como son los factores sociales. Es un modelo monódico y biologicista, según el cual el problema de la adicción sólo puede entenderse y abordarse desde dentro del sujeto afectado. (Pons Diez Xavier; 2008, pág. 65)
- Aunque no se reconoce explícitamente, se considera que la toxicomanía tiene una etiología idiopática, es decir, un origen desconocido o muy poco clarificable y sólo comprensible por sí mismo, asumiéndose únicamente la posible influencia de factores genéticos. (Pons Diez Xavier; 2008, pág. 65)
- Apenas contempla el consumo abusivo no adictivo, es decir, centra su atención en la drogodependencia. En términos generales, se interesa por el estudio del consumo de drogas como categoría patológica y no como conducta. (Pons Diez Xavier; 2008, pág. 65)
- Es un modelo más orientado a la enfermedad que a la salud. No se centra en la salud como objeto final de estudio, sino que éste es la enfermedad. Sin embargo, la concepción contemporánea de la salud, definida por la OMS, entiende que el estudio y tratamiento de la enfermedad ha de ser una parte muy importante, en

⁶¹ Pons Diez, Xavier; “Modelos interpretativos del consumo de drogas”; Polis: Investigación y Análisis Sociopolítico y Psicosocial, Vol. 4, Núm. 2, Universidad Autónoma Metropolitana – Iztapalapa, pp. 164. Año 2008.

todo caso– de un todo que es la consecución plena y global de la salud. ”. (Pons Diez Xavier; 2008, pág. 166)

- La prevención de cualquier enfermedad o dolencia debe basarse en la divulgación entre la población de los conocimientos acumulados por la ciencia acerca de qué factores causan los problemas de salud. La propia investigación científica en el ámbito de las ciencias sociales y de las ciencias de la salud ha comprobado que la información no reduce por sí misma los comportamientos insalubres. El modelo médico tradicional presupone que, en función del aprecio que las personas sienten por su salud, el conocimiento de aquello que puede dañarla las disuadirá de llevar a cabo ciertos comportamientos. ”. (Pons Diez Xavier; 2008, pág.166)

- Es un hecho comprobado que no todas las personas conceden a su propia salud una prioridad destacada dentro de su escala de valores. Habrá quien anteponga a la salud otros valores de constatación más inmediata, tales como la diversión, la aceptación grupal, la imagen, el gusto por el riesgo, entre otros. Esto también dependerá de la etapa del ciclo vital en la que se encuentre cada individuo. En definitiva, la divulgación de la información de temas relacionados con la salud es necesaria en una sociedad libre y avanzada, pero no es suficiente para efectos preventivos. (Pons Diez Xavier; 2008, pág.69)

- Será necesario también fomentar el aprecio a la propia salud como un valor destacado, mediante estrategias de intervención educativa, pues sólo así la información podrá tener algún efecto preventivo. (Pons Diez Xavier; 2008, pág.70)

- Considera a la salud como la simple ausencia de enfermedad, es decir, la salud consiste simplemente en no estar enfermo y quien tenga un problema de salud será siempre etiquetado como enfermo. (Pons Diez Xavier; 2008, pág.70)

Frente a esto, el concepto más actual de salud –definido por la OMS– la entiende como algo más complejo: como un estado completo e integral de

bienestar físico, psicológico y social; por lo tanto, la salud es algo más que tener o no una enfermedad.

En la terminología derivada de este modelo se suele usar la palabra "enfermo" para referirse, por defecto, a todo aquel que acude a un profesional de la salud, incluyendo a quien asiste a consulta para hacerse un control periódico del embarazo, para una intervención quirúrgica con fines exclusivamente estéticos, o para que le extraigan una pequeña astilla del ojo. La definición de la OMS pretende, precisamente, hacer hincapié en esta cuestión: que no todos los problemas de salud son enfermedades y que la salud es una experiencia integral de bienestar, superior a la simple ausencia de enfermedad.

Este modelo en materia de prevención busca:

- Curar al drogodependiente, manteniéndolo aislado del resto de la sociedad para evitar contagios y preservar así la salud pública. (Plan Municipal contra las Drogas del Ayuntamiento de Madrid; 2002, pág.58)
- Informar acerca de los riesgos que conlleva el consumo de drogas para el organismo. En esta línea se sitúan la mayoría de las estrategias preventivas realizadas hasta la fecha: charlas en los colegios, folletos divulgativos repletos de advertencias y recomendaciones, mensajes televisados, etc. (Plan Municipal contra las Drogas del Ayuntamiento de Madrid; 2002, pág. 58)
- Incluir entre las sustancias adictivas el tabaco o alcohol, pues desde este enfoque carece de importancia el estatus legal de las drogas y pasa a tener relevancia su capacidad de generar adicción. (Plan Municipal contra las Drogas del Ayuntamiento de Madrid; 2002, pág.58)
- Prevenir y curar como si de cualquier enfermedad infecciosa se tratara.

Algunas de las desventajas propias del modelo ético-jurídico lo son también del enfoque sanitario, en concreto las referidas a la información como principal estrategia de intervención y al encarecimiento de las drogas como sistema para reducir su consumo.

- El uso o abuso de drogas no se puede comprender sin atender a los tres vértices de un mismo triángulo: sustancia, individuo y contexto. Por tanto, carece de rigor considerar la droga como el agente causante de la adicción y al sujeto como un ser pasivo a merced de los efectos de dicha sustancia. (Plan Municipal contra las drogas del Ayuntamiento de Madrid; 2002, pág.58)
- Por la misma razón, no se puede considerar la droga como un germen ante el que *vacunándose* ya se está protegido. Cualquier programa preventivo debe centrarse, más que en la sustancia en sí, en la confluencia de factores de riesgo que pueden hacer a los individuos más vulnerables. (Plan Municipal contra las drogas del Ayuntamiento de Madrid; 2002,pág.59)
- La adolescencia se erige como la edad en la que el inicio al consumo de drogas es más probable; sin embargo, la salud no es un valor fundamental en esta etapa de la vida, por lo que no parece efectivo centrar en ella los programas preventivos. (Plan Municipal contra las drogas del Ayuntamiento de Madrid; 2002, pág.59)
- Equiparar al drogodependiente con un enfermo puede conllevar la falta de responsabilización, pues es probable que el afectado se vea como una víctima sin control alguno sobre el mal que le aqueja. (Plan Municipal contra las drogas del Ayuntamiento de Madrid; 2002, pág. 59)

2.2.3 El modelo psicosocial

El Plan contra las drogas del Ayuntamiento de Madrid⁶² entiende que este modelo se sustenta en el reconocimiento de la complejidad de cada individuo y del peso que tienen los factores psicológicos y ambientales sobre sus decisiones. La drogodependencia es una forma más de comportamiento humano que se debe analizar según los principios que rigen toda conducta. Destaca el ser humano con sus necesidades psicológicas y sociales, relegándose a un segundo plano la sustancia que, por sí misma, no justifica la génesis del problema.

⁶² Plan Municipal contra las drogas. Área de Servicio Social. Ayuntamiento de Madrid. Marzo. “La prevención de la drogodependencia principales modelos teóricos explicativos . Año:2002

Este modelo pone el énfasis en el individuo contemplando la complejidad y variabilidad de cualquier conducta humana. El consumo de drogas es entendido como una forma más de comportamiento y, por tanto, puede ser explicado desde los mismos principios que rigen cualquier otra conducta humana, pudiéndose aplicar a tal fin los conocimientos acumulados por las ciencias del comportamiento. La conducta de consumo de drogas no puede interpretarse, desde este modelo, sin estudiar los rasgos de personalidad, las necesidades particulares, las actitudes, los valores, los hábitos de conducta o los estilos de relación social del individuo consumidor. (Pons Diez Xavier, 2008, pág.174)

Desde esta interpretación, se toma en consideración la idea de predisposición psicológica hacia el cuidado de la salud. La disposición de una persona para llevar a cabo determinadas conductas relacionadas con su salud estará condicionada por factores psicológicos tales como la evaluación de costos y beneficios de la acción a desarrollar, la susceptibilidad percibida a una enfermedad o dolencia particular o la percepción particular sobre la gravedad de las consecuencias de tales conductas. Los estilos de vida promotores de la salud se conceptualizan como un patrón multidimensional de acciones autoiniciadas y de percepciones que permiten a cada individuo mantener su desarrollo personal de la manera particular que considera deseable. (Pons Diez Xavier; 2008, pág.175)

A partir de lo anterior, Berjano y Pons⁶³ enumeran una serie de principios que ayudan a comprender mejor el problema del consumo de drogas desde la interpretación psicoindividualista:

- ✓ El consumo de sustancias satisface en el individuo alguna necesidad física, psicológica o social, y la dificultad de una persona para satisfacer estas necesidades por otros medios explica la adicción psicológica. (E. Berjano y Pons, Xavier; 1999, pág. 34)

⁶³ E. Berjano y Pons, Javier . El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: un modelo explicativo desde la psicología social, Madrid, Plan Nacional sobre Drogas.1999

- ✓ Determinadas variables psicológicas actúan como factores predisponentes de la conducta de consumo y de adicción, tales como rasgos de personalidad, estructura motivacional –jerarquía de valores mantenida por el individuo– o actitudes hacia las drogas –lo que piensa o espera de ellas–. (E. Berjano y Pons, Xavier; 1999, pág.35)
- ✓ Si el consumo de drogas es un comportamiento humano más, podrá ser comprendido a través de la aplicación de los mismos principios que rigen la conducta humana en general. Para tal fin se podrán utilizar los conocimientos acumulados por la investigación en las ciencias del comportamiento. (E. Berjano y Pons, Xavier; 1999, pág.37)
- ✓ La información por sí sola no influye necesariamente sobre el comportamiento: por lo tanto, la difusión de información no será una estrategia preventiva suficiente. La prevención debe basarse en el individuo en su conjunto, en promover su desarrollo personal, la satisfacción de sus necesidades, su equilibrio y su madurez. (E. Berjano y Pons, Xavier; 1999, pág.37)
- ✓ El consumo de drogas varía sus pautas entre individuos diferentes y en situaciones o momentos distintos de un mismo individuo, por lo que no se reduce únicamente a un problema de adicción. (E. Berjano y Pons, Xavier; 1999, pág. 37)

Desde esta perspectiva se estudia la conducta de consumo de drogas y no exclusivamente la adicción. Según las variables psicológicas que actúan como factores predisponentes son consideradas como factores de riesgo.

Un factor de riesgo del consumo de drogas es una variable cuya presencia en un individuo incrementa en él la probabilidad de consumo. De este modo, podrá saberse que características de personalidad hacen más probable el consumo, así como que disposiciones motivacionales o que expectativas sobre las drogas lo hacen. La comprensión de los factores de riesgo permite contemplar el problema asociado a sus antecedentes más probables, y articular de este modo

explicaciones causales de la vulnerabilidad individual al consumo abusivo o adictivo. (Ponz Diez Xavier; 2008, pág.170)

Sin desdeñar el valor de las aportaciones del modelo psicoindividualista, que esta interpretación no resulta del todo suficiente para explicar, en su completa extensión, la problemática del consumo de drogas. Por lo que propone analizar brevemente las dos principales críticas teóricas que pueden contemplarse:

- I. Se trata de un modelo monádico, que contempla al individuo en su integridad psicológica, pero que olvida el estudio exhaustivo de las influencias sociales y culturales que condicionan la conducta. No toma en consideración suficientemente los factores y condicionantes supraindividuales que explican por qué una persona es lo que es y hace lo que hace. Es, por tanto, una interpretación teórica incompleta. La interpretación psicoindividualista comprime los límites dentro de los cuales se desarrolla el individuo, reduciendo la importancia de lo social . Será muy difícil comprender lo que los individuos llegan a ser en cualquier ámbito de la vida social sin hacer referencia al armazón social, cultural e histórico bajo el cual se organizan y toman forma los entornos de su vida cotidiana. (Ponz Diez Xavier; 2008, pág.173)

- II. Al definir las características psicológicas que es más probable encontrar en una persona adicta, se nos presenta el perfil de un individuo con importantes problemas de adaptación socioemocional: inmadurez emocional, inestabilidad, dificultades en la formación de la autoestima. Estos rasgos caracteriológicos son fruto de la investigación rigurosa y, por tanto, informan de modo realista sobre aquello que suele hallarse al analizar la personalidad de una persona adicta. Sin embargo, el excesivo énfasis en el rasgo individual puede acarrear el riesgo de perder de vista la influencia de lo social y presentar el perfil de un sujeto emocionalmente inmaduro, inestable o con dificultades de adaptación social –es decir, estigmatizar, en este caso, al adicto como un sujeto “raro”–, olvidando que

existen numerosas presiones sociales que pudieron llevar a ese individuo a iniciar y mantener su consumo de sustancias. (Ponz Diez Xavier; 2008, pág.177)

De este modelo de interpretación del consumo de drogas sostiene que las actividades de prevención persiguen:

- *Ofrecer alternativas positivas al consumo de drogas con el fin de reducir la demanda de éstas. (Plan Municipal contra las drogas del Ayuntamiento de Madrid;2002)*
- *Tratar al drogodependiente como a una persona con dificultades de adaptación, maduración o desarrollo. (Plan Municipal contra las drogas del Ayuntamiento de Madrid;2002)*
- *Poner al descubierto factores psicosociales supuestamente relacionados con la génesis de las adicciones: falta de cohesión familiar, presiones de grupo, dificultades de comunicación, incoherencia en las pautas educativas, crisis de identidad durante la adolescencia, etc. (Plan Municipal contra las drogas del Ayuntamiento de Madrid;2002)*
- *Dar cabida a los programas generales de prevención inespecífica y educación para la salud destinados a frenar tanto la magnitud de los problemas adictivos como la de cualquier otra conducta desadaptativa. (Plan Municipal contra las drogas del Ayuntamiento de Madrid;2002)*
- *Pulir los programas preventivos: desde este planteamiento el recurso al miedo o el castigo carecen de utilidad. La formación e información se convierten en importantes estrategias encaminadas a favorecer la toma de decisiones razonadas y saludables con respecto al uso de drogas. (Plan Municipal contra las drogas del Ayuntamiento de Madrid;2002)*

Los inconvenientes metodológicos en el abordaje de la problemática, que presenta este modelo son dos:

- *No da la suficiente importancia a las consecuencias físicas del consumo de drogas ni a las consideraciones legales referentes a las mismas. .(Plan Municipal contra las drogas del Ayuntamiento de Madrid;2002)*
- *Aunque este modelo sí tiene en cuenta el contexto en el que el individuo se desenvuelve, esa atención se centra en el entorno más inmediato, pasando por alto las condiciones macroeconómicas o políticas en las que dicho sujeto está inmerso. (Plan Municipal contra las drogas del Ayuntamiento de Madrid;2002)*

2.2.4 El modelo sociocultural

Una verdadera política preventiva no puede hacer abstracción de la estructura socioeconómica dentro de la que crecen los consumidores de drogas, ni dejar de considerar el aspecto cultural del uso de ciertas sustancias por parte de grupos concretos. Las desigualdades, la falta de oportunidades para grandes sectores de la población, la marginación y el desempleo, la ideología dominante, etc., se conciben como factores causantes de la aparición masiva de las toxicomanías. El entorno cultural determina, a su vez, los tipos de drogas y las formas de consumo. (Plan Municipal contra las drogas del Ayuntamiento de Madrid; 2002, pp.60)

Este modelo de interpretación del consumo de droga destaca la complejidad y la variabilidad del contexto más allá de los efectos de la droga y del propio individuo. Es un modelo fundamentalmente ambientalista que resalta tanto los elementos sociológicos (por ejemplo, pertenencia a un determinado grupo o subcultura) como los económicos (marginalidad) o culturales (tradiciones y costumbres).

Pons diez Xavier⁶⁴ llama este modelo socio estructural y sostiene que este modelo asume que el consumo de drogas forma parte de los estilos de vida de una persona, y éstos, a su vez, están íntimamente vinculados a los estilos de vida

⁶⁴ Pons Diez, Xavier; "Modelos interpretativos del consumo de drogas" ;Polis: Investigación y Análisis Sociopolítico y Psicosocial, Vol. 4, Núm. 2, Universidad Autónoma Metropolitana – Iztapalapa, pp. 181. Año: 2008

de sus grupos de referencia. Los estilos de vida saludable suponen unas elecciones personales, aunque condicionadas por determinados factores socio-estructurales ligados al estilo de vida del grupo social, es decir, vinculadas a un tipo de estilo de vida colectivo. Así, el consumo de diferentes drogas variará en grupos sociales distintos en función del sexo, la edad, la profesión, el grado de educación, el lugar de residencia o de procedencia y el momento histórico, entre otros factores. A partir de estas premisas se realizarán descripciones pormenorizadas del consumo de diversas drogas en distintos grupos sociales en función de los mencionados factores socio-estructurales.

Pastor y Lopez⁶⁵ entienden que las dinámicas de funcionamiento grupal determinan el papel que debe desempeñar cada individuo y los patrones o pautas de comportamiento a que debe ajustarse. Considerarlo desde esta perspectiva, es decir, en función de la posición relativa que ocupa en los diferentes grupos de referencia, implica que el sujeto queda vinculado a su entorno y a la realidad social en que vive y desarrolla su actividad.

En relación a lo anterior Eddy Avermaet⁶⁶ entiende que las presiones hacia la conformidad grupal actúan como elemento que sustenta formas de conducta y de pensamiento –actitudes–. El compromiso con el grupo de referencia supone la adopción de aquellos modos de comportamiento susceptibles de satisfacer unas determinadas expectativas de los demás.

Para Pons Xavier⁶⁷ la interpretación socioestructural aporta una visión de profundidad a la problemática de las drogas, ya que toma en consideración la vinculación de la conducta de consumo a factores supraindividuales y no sólo de índole económica. En términos generales, podemos contemplar las bondades de esta aportación en los siguientes hechos:

⁶⁵ Pastor, Juan Carlos y López Latorre “Modelos teóricos de prevención en toxicomanías: Una propuesta de clasificación”, en *Anales de Psicología*, núm. 9, pp. 19-30. Año:1993

⁶⁶ Van Avermaet, Eddy “Influencia social en los grupos”, en Miles Hewstone y W. Stroebe, comps., *Introducción a la psicología social*, Barcelona, Ariel 1992

⁶⁷ Pons, Xavier *Materiales para la intervención social y educativa ante el consumo de drogas*, Alicante, Editorial Club Universitario. Año:2007

- La consideración de factores que van más allá de los rasgos individuales como explicativos del consumo de drogas.
- La concepción del ser humano como un ser social, sometido a determinadas influencias de su ambiente sociocultural.
- La descripción de las diferentes pautas de consumo de distintas sustancias en diversas sociedades y grupos sociales a partir de los métodos de investigación que aportan las ciencias sociales.
- La visión de la problemática de las drogas como un fenómeno social y grupal y no sólo como un problema individual.

No obstante lo anterior, esta interpretación soslaya los factores psicológicos que pueden dar muestra de la conducta de consumo y que pueden explicar por qué dentro de un mismo grupo socioestructural no todos los individuos presentan la misma probabilidad de consumir o de hacerlo con la misma intensidad. Del mismo modo, su interpretación alude más a la descripción de pautas de ocurrencia en una determinada sociedad o en unos determinados grupos sociales, que a la explicación de las causas del consumo de drogas. Es, por tanto, un punto de vista más descriptivo que explicativo.

Los inconvenientes que presenta este modelo de interpretación del consumo de droga son dos:

- I. Como ocurre con el enfoque psicosocial, también en este modelo se dedica escasa o nula atención a aspectos relacionados con las sustancias: sus efectos, la disponibilidad de las mismas, el tratamiento legal que reciben, etc. (Plan Municipal contra las drogas del Ayuntamiento de Madrid; 2002, pág.60)
- II. Una vez más el sujeto consumidor carecería de importancia, pues el verdadero responsable en el consumo de drogas y en la aparición de una adicción es el contexto en el que la persona se desenvuelve. (Plan Municipal contra las drogas del Ayuntamiento de Madrid; 2002, pág.60)

Este modelo de interpretación en materia de prevención propone:

- Mejorar las condiciones de vida y crear un ambiente en el que las necesidades que se cubren mediante el consumo de drogas se puedan satisfacer a través de otras conductas menos perjudiciales. (Plan Municipal contra las drogas del Ayuntamiento de Madrid; 2002,pág.60)
- Generar actuaciones socio asistenciales dirigidas hacia la población más necesitada con el objeto de favorecer su integración social. (Plan Municipal contra las drogas del Ayuntamiento de Madrid; 2002, pág.60)
- Implicar a la sociedad en su conjunto, sobre todo los sistemas educativo y sanitario, para que disminuya la aceptabilidad social de las drogas y varíen los valores que están manteniendo su utilización. (Plan Municipal contra las drogas del Ayuntamiento de Madrid; 2002, pág. 60)

Capítulo III

“La prevención del consumo de drogas”



3. La prevención del consumo de droga

3.1 La oferta y la demanda de droga

Para Gonzales José Luis⁶⁸, el problema de las drogas reconoce dos grandes componentes: el denominado "*polo de la oferta*" que se refiere a todo lo concerniente a la disponibilidad de drogas (sean éstas lícitas o ilícitas), y el "*polo de la demanda*", que incluye al sujeto usuario de drogas, quien requiere una categorización según el grado en que está involucrado. Esto da lugar a señalar, a grandes tópicos de accionar "preventivo" con el compromiso consiguiente de los estamentos socio-institucionales.

Para el "*polo de la oferta*" de drogas lícitas, el accionar preventivo se centra en el control o fiscalización sanitaria, como responsabilidad de los organismos de salud pública competentes. *Drogas ilícitas*: todas las instituciones de represión, según las vías de penetración y circulación, política, gendarmería, aduana, prefectura. La actividad de los organismos citados cae en la categoría "prevención", pero están ubicados en un polo y discriminados a su vez por la naturaleza legal de las sustancias. La legislación define - va definiendo - qué sustancias son lícitas o ilícitas. También un cuerpo legal regula y define las competencias de cada repartición. (González José Luis; 2010 pág. 115)

Martin F.⁶⁹ sostiene que en el lado "*de la oferta*", toda estrategia que reduzca la presencia de droga, es una estrategia preventiva, que busca reducir la oferta de la misma. Aquí debe incluirse el decomiso de la droga ilegal, la prohibición de la publicidad y de promoción de drogas legales, las normas que regulan y prohíben el consumo de drogas en espacios públicos, la restricción en la edad para comprar o para acceder a locales de venta y consumo.

⁶⁸ Gonzales José Luis; "Psicoadic" Centro virtual para el tratamiento, la prevención de las adicciones y problemas actuales. Argentina. pp. 103-112. Año: 2010.

⁶⁹ Martin F. "Prevención de la drogadicción en el ámbito escolar" Palma de Mallorca. España. pp. 15-56. Año: 1999

Gran parte de estas medidas de prevención dentro de las estrategias de reducción de la oferta, son medidas normativas que tienen que ser acordadas por las autoridades legítimas normalmente a nivel Nacional, Provincial o Municipal.

En *el polo de la demanda* se incluye: el sujeto consumidor o no, la familia, la esfera productiva, el ámbito educacional en todos sus niveles, la comunidad en su conjunto, las instituciones asistenciales, educativas, las diferentes formas de organización comunitaria, tienen inserción en este contexto. La "asistencia" en sentido genérico (que incluye desde la orientación hasta el tratamiento y reinserción social) adquiere, por la naturaleza de este problema, connotación preventiva. Lo que queda fuera del ámbito asistencial, lo dirigido a la población usuaria potencial, privilegiándose el ámbito educativo, será objeto de lo que pasa a denominarse "educación preventiva". Conciernen tanto a la escuela como a la fábrica o al club, a las instituciones intermedias. (Gonzales José Luis; 2010 pág. 116)

Dentro de las estrategias basadas en la "*prevención de la demanda*" Martín F. sostiene que no existe un consenso sobre una tipología de las mismas, ni sobre la existencia de una única estrategia a utilizar. (Martín F.; 1999. pág. 36)

La prevención entendida por estos dos grandes polos permite una separación metodológicamente ordenada y esquemática, que recorta a partir de oferta-demanda: a) fiscalización sanitaria; b) represión; c) asistencia; d) educación preventiva, para desagregar la inflada categoría prevención. (Gonzales José Luis; 2010, pág. 120)

Las dos primeras actividades (fiscalización sanitaria y represión) son resorte exclusivo del Estado; las dos segundas (asistencia y educación preventiva) articulan el esfuerzo oficial con el privado. Lo señalado no agota todos los ámbitos articulados en torno del problema: tratados internacionales y regionales, legislación, investigación, medios de difusión, etc. Se impone, en consecuencia, un espacio articulador que haga coherente cada uno de los ámbitos de intervención, que demarque las diferencias y regule las áreas comunes; esto es

condición de un trabajo integrado. Dicho espacio es la formulación de una política en materia de farmacodependencia, como conjunto de principios rectores, lo cual es responsabilidad primaria del Estado. (Gonzales José Luis ;2010 pág. 120)

Ahora si insertos dentro del universo de la prevención podemos esclarecer “*que es la prevención del consumo de drogas o de la demanda*” desde distintas definiciones y conceptualizaciones que buscan explicitar esta categoría.

3.2 La prevención del consumo de drogas.

Comenzaremos diciendo que prevención indica acción de prever. Este prever adelanta en buena medida no sólo los alcances de una actividad, sino todo un sustento conceptual e ideológico.

Desde los aportes de Gonzales José Luis⁷⁰El prefijo "pre" significa "antes", aquí en sentido cronológico, temporal (no en un sentido lógico, como podría ser en una estructura sintáctica o en una ecuación matemática). El "pre" de prever es un ver "antes" en el tiempo. "Ver" implica la mirada; la función escópica en juego, la organización de la clínica desde sus orígenes, una "clínica - médica".

Prevención entonces, para el autor, por su sola construcción, alude a los parámetros de una práctica y un sentido: ver - antes; adelantarse a la ocurrencia de un fenómeno observable. En un sentido más vulgar - no por ello menos sabio - "ir a los hechos antes que éstos ocurran". En otro orden de cosas, cabe apuntar que no existe teoría alguna de la prevención. Se trata de un "hacer" que puede estar más o menos sustentado en principios teóricos muy variables.

Para la Organización Mundial de la Salud⁷¹ “*La prevención de la enfermedad abarca las medidas destinadas, no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, si no también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.*

⁷⁰ Gonzales José Luis; “Psicoadic” Centro virtual para el tratamiento, la prevención de las adicciones y problemas actuales. Argentina Año: 2010 pp. 129- 130.

⁷¹ Organización Mundial de la Salud Ginebra; Promoción de la salud Glosario. Pág. 13 Año:1998

".....la prevención de la enfermedad es la acción que normalmente emana del sector sanitario y que considera a los individuos y las poblaciones como expuestos a factores de riesgo identificables que suelen estar a menudo asociados a diferentes comportamientos de riesgo"

La prevención es una estrategia básica para trabajar en el ámbito de la salud. Al hablar de prevención se hace referencia a intervenir operativamente en el campo de lo instituido, lo dado antes que se produzcan daños. Esto puede atravesar situaciones personales, grupales y comunitarias. Actualmente la prevención se constituye en uno de los ejes de actividades a través de lo que se conoce como educación para la salud. (Liliana Barg⁷² 2006 pág. 107)

La educación para la salud se la reconoce como un derecho individual y social que implica un proceso de enseñanza aprendizaje tendiente a la adopción y/o modificación de conocimientos actitudes y practicas en la población. (Liliana Barg 2006 pág.108)

En relación con el consumo de drogas el Plan Municipal contra las drogas del Ayuntamiento de Madrid⁷³, entiende por prevención del consumo de droga, *"un proceso activo de implementación de iniciativas tendientes a modificar y mejorar la formación integral y la calidad de vida de los individuos, fomentando el autocontrol individual y la resistencia colectiva ante la oferta de drogas."*

Desde esta definición sostiene : *"la actuación preventiva será toda acción tendiente a evitar o disminuir el consumo de drogas o a paliar los efectos que el consumo produce en los consumidores, sus familias y allegados y en la sociedad en general; todo ello actuando desde y sobre la propia sociedad y sobre los individuos, buscando la potenciación de los propios recursos personales y comunitarios y la promoción de personas y unos grupos sociales más libres, más seguros y más solidarios ante los problemas de las drogas"*.

⁷² Barg Liliana; "Lo interdisciplinario en salud mental"; Editorial Espacio; Bueno Aire. pág. 107-108 Año: 2006

⁷³ La prevención de la droga dependencia principales modelos teóricos explicativos. Plan Municipal contra las drogas. Área de Servicio Social. Ayuntamiento de Madrid.pag51-52. Marzo. Año: 2002

Así mismo el Plan Provincial de Adicciones de la Provincia de Mendoza⁷⁴ entiende por prevención del consumo de drogas: *"Un proceso compartido de construcción de cambio social y personal, a través de acciones y estrategias que permitan elegir lo que contribuye a mejorar nuestro bienestar y el de los otros"*

La prevención se consolida como una herramienta fundamental con la que evitar o retrasar los comportamientos de abuso de drogas. Algunos de sus objetivos más importantes según Alicia Acero Achirica y Javier Moreno Arnedillo⁷⁵

- *Educar a los individuos para que sean capaces de mantener relaciones responsables con las drogas.*
- *Retrasar la edad de inicio del consumo.*
- *Modificar aquellas condiciones del entorno socio-cultural que favorecen el aprendizaje del uso de drogas.*
- *Intervenir en las causas del malestar individual, bien modificando aquello que lo produce, bien ayudando al sujeto a superarlo.*
- *Ofertar alternativas de vida saludable.*

Estos autores en sentido estricto sostienen que , prevenir significa "evitar o impedir que ocurra algo" y que este concepto, aplicado al campo del consumo de drogas, según ellos presenta dos limitaciones:

- Es un concepto negativo. No se trata de construir algo, de crear algo que antes no existía, sino más bien de impedir que aparezca un fenómeno no deseado: la gripe, los accidentes de tráfico, la subida de la inflación o el consumo de drogas. De algún modo, supone que la situación previa es satisfactoria y de lo que se trata es que siga como antes. (Achirica Acero, Moreno Arnedillo, 2002)

⁷⁴ Lic. María Alicia Bataglia; Lic. Miguel Ángel Bucich ; Programa integral de planificación estratégica en adicciones. Las Heras Previene. Dirección de Salud Mental. Municipalidad de Las Heras. Pag.:4. Año: 2009.

⁷⁵ Arnedillo Moreno Javier; Alicia Acero Achirica, Moreno Arnedillo Gorka, Sanches Pardo Lorenzo "La prevención de la drogo dependencia en el tiempo de ocio"; Manual de formación. Imprime JUMA; Madrid. Año: 2002

- Es un concepto específico. Prevenir es "prevenir algo", es decir, impedir que suceda un fenómeno concreto y específico. La concreción en los objetivos es, además, como veremos, una exigencia de los programas de prevención. (Achirica Acero, Moreno Arnedillo 2002)

En relación a esto sostienen que cuanto más *concreto y específico* sea aquello que queremos evitar, más sencillo será de medir, y por lo tanto mejor podremos evaluar la eficacia de las medidas adoptadas.

Estas dos características (concreto y específico), forman parte de la definición misma de la prevención, y son pertinentes porque responden a dos exigencias: en primer lugar, la exigencia de evitar o reducir problemas de salud y conductas de riesgo que son muy concretas; en segundo lugar, la exigencia de evaluar la eficacia de las medidas adoptadas, para lo cual los objetivos deben ser concretos y medibles. (Achirica Acero, Moreno Arnedillo 2002)

Costa M. y López E.⁷⁶, sostienen que las herramientas utilizadas para conseguir el objetivo de la prevención, desde un sentido más amplio y positivo, se enmarca dentro de una estrategia global de Educación para la Salud, éste concepto, según él, es más genérico y positivo, se puede definir como "un proceso planificado y sistemático de comunicación y de enseñanza-aprendizaje orientado a hacer fácil la adquisición, elección y mantenimiento de las prácticas saludables y hacer difíciles las prácticas de riesgo".

3.3 Niveles de prevención

"*La prevención por niveles*", se instala como una política revolucionaria en materia de salud mental en los Estados Unidos, en oportunidad de la administración Kennedy. (José Luis Gonzales⁷⁷; 2010, pág. 128)

⁷⁶ Costa, M. Y López, E. "Educación para la Salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida". Editorial Pirámide. Madrid. Pp.23-28. Año:1996

⁷⁷ Gonzales José Luis; "Psicoadic" Centro virtual para el tratamiento, la prevención de las adicciones y problemas actuales. Argentina Año: 2010.

Con unos años de elaboración previa, aparece por entonces como un enfoque que contesta a la concepción psiquiátrica tradicional, asistencialista. El modelo parte de concebir, en la naturaleza misma de la organización social de una comunidad, grupos de factores benéficos y perjudiciales para la salud mental. (Gonzales José Luis; 2010, pág.128)

La "prevención primaria", es un concepto comunitario. Importa formas de acción social e interpersonal destinadas a disminuir la incidencia, esto es, la proporción de casos nuevos de trastorno mental, en un período determinado. Implica la participación de la comunidad bajo la organización de "agentes de salud" para la detección y neutralización de las condiciones que contribuyen a que las personas enfermen. Para esto, reconoce la interacción de factores del individuo (predisponentes) y del contexto. (Gonzales José Luis 2010, pág.129)

Esto nos permite comprender que según los objetivos de la prevención, esta se divide en niveles de prevención por lo que esta puede ser prevención primaria de la salud, prevención secundaria o prevención terciaria.

Como un conjunto de actividades la atención primaria de la salud, según la OMS⁷⁸ *"esta dirigida a evitar la aparición inicial de una enfermedad o dolencia".... "debe incluir como mínimo la educación para la salud de los individuos y la comunidad sobre la magnitud y naturaleza de los problemas de salud e indicar los métodos de prevención y el control de estos problemas"*.

Aun reconociendo la eficacia de este primer nivel de prevención, se supone que una parte de la población será afectada, padecerá algún trastorno. Para este grupo se destina la "prevención secundaria". Es una forma especial de asistencia destinada a disminuir la prevalencia, es decir, la duración de los casos probados de enfermedad, en un período determinado. Se trata de un dispositivo que permita el diagnóstico precoz y el tratamiento efectivo. Apunta a intervenir en el período agudo lo antes posible, ni bien declarada la enfermedad. Es prevención (la

⁷⁸ Organización Mundial de la Salud Ginebra, Promoción de la salud Glosario; Pág. 12-13. Año 1998.

secundaria) básicamente por su propósito de evitar la cronicidad y la aparición de secuelas. (Gonzales José Luis 2010. pág.132)

Otro grupo lo constituyen quienes habiendo padecido la emergencia de la enfermedad presentan, como consecuencia, un "funcionamiento defectuoso". El tercer nivel de prevención o "prevención terciaria" es una forma especial de rehabilitación que apunta a reducir, en la comunidad, la proporción de ese funcionamiento defectuoso (secuela). Procura potenciar los aspectos conservados, no alterados, y reducir la importancia del daño, tal que se recobre la mayor cuota de capacidad productiva, de posibilidad de reintegración. (Gonzales José Luis 2010, pág. 133)

La OMS⁷⁹ sostiene que, *"La prevención primaria y terciaria tienen por objeto detener o retardar la enfermedad ya presentes y sus efectos mediante la detección precoz y el tratamiento adecuado o reducir los casos de recidivas y el establecimiento de la cronicidad , por ejemplo, mediante una rehabilitación eficaz"*.

Es necesario señalar que los tres niveles de prevención guardan una relación de implicación: la prevención secundaria implica a las otras dos, primaria y terciaria. Resulta entonces que "prevención" es una acción integral, con tres niveles de intervención, articulados y simultáneos. De ello se desprenden las condiciones básicas para el planeamiento, que exige que la prevención sea formulada como una "política" en el más alto nivel de decisión. A partir de esta condición, se implementan planes, programas y proyectos de corto, mediano y largo alcance para conseguir los propósitos. Implica además la pertinente planificación presupuestaria y el adiestramiento de recursos humanos formados para el quehacer preventivo. Compromete no sólo los estamentos profesionales clásicos en materia de salud, sino toda una gama de sectores intermedios (líderes comunitarios, políticos, docentes, etc.) que en su condición de "agentes de salud" trabajan para hacer factible la reducción de la presencia del trastorno mental y todas sus consecuencias. (Gonzales José Luis 2010, pág. 138)

⁷⁹ Organización Mundial de la Salud Ginebra, Promoción de la salud Glosario; Año 1998 Pág. 12-13

El Plan Municipal contra las drogas del Ayuntamiento de Madrid sostiene una nueva conceptualización en la prevención del consumo de drogas que, esta, tiene su equivalencia con el anterior modelo de la prevención.

La reconceptualización de los niveles de prevención permite comprender el cambio paradigmático, presente en esto, y el cambio de abordaje que se propone a la problemática.

En esta nueva conceptualización de los niveles de prevención se centra en los destinatarios de las acciones preventivas. Los niveles de los que hablamos anteriormente, prevención: primaria, secundaria y terciaria tienen una reconceptualización mas específica, cuales se expresan en la **Tabla I.**, estos son el nivel universal, selectivo, e indicado.

<i>Tipología clásica</i>	<i>Tipología Actual</i>
<p>Prevención primaria</p> <p>Su intervención se produce antes de que se detecte un problema. Su objetivo es precisamente impedir que éste surja. En el caso de los consumos de drogas, son actuaciones encaminadas a impedir o retrasar el contacto o inicio en el consumo. Normalmente se utiliza la modalidad de prevención inespecífica, especialmente en colectivos que por su edad o su contexto no están cercanos a las conductas de consumo. No obstante, cada vez más en la prevención primaria se van introduciendo intervenciones más específicas, concretamente en grupos que por su edad o situación pueden estar próximos al contacto con las drogas.</p>	<p>Prevención universal</p> <p>El grupo destinatario de estas actuaciones será la población general, por eso se la denomina universal.</p>
<p>Prevención secundaria</p> <p>A través de ella se interviene para detectar un problema y evitar consecuencias mayores y complicaciones posteriores. En el tema de las drogas, se trataría de detectar precozmente los consumos para evitar la consolidación de su uso problemático. Las modalidades de prevención pueden ser tanto específicas como inespecíficas, pero básicamente se centra en las primeras.</p>	<p>Prevención selectiva</p> <p>Los destinatarios serán grupos de la población en situación de mayor riesgo en comparación con el anterior. Se dirige, por tanto, a grupos de riesgo, de ahí que se la denomine selectiva.</p>

Prevención terciaria	Prevención indicada
<p>Actúa cuando ya ha aparecido un determinado problema y su objetivo es paliar sus consecuencias. Es decir, una vez instaurado un consumo problemático, son todas aquellas medidas asistenciales que posibilitarán la rehabilitación y reinserción del individuo.</p>	<p>Va dirigida a subgrupos concretos de la población con conductas problemáticas y donde es frecuente que ya hayan establecido una relación problemática con las drogas.</p>

Tabla 1: “Fte. tomada del Plan Municipal contra las drogas del Ayuntamiento de Madrid 2002⁸⁰”.

3.4 Modalidades de prevención del consumo de drogas

Es oportuno dejar en claro que prevenir no es aplicar una serie de sesiones de prevención, la prevención como tal no se reduce a la aplicación de determinadas actividades aisladas. Los comportamientos de los individuos se gestan más bien en la interacción continua y compleja entre el individuo y el entorno; por lo que la prevención no puede consistir en la mera aplicación descontextualizada de un conjunto de procedimientos, con la esperanza de que produzcan resultados.

La prevención se instrumentaliza a través de planes, proyectos y programas. Con ellos se definen las líneas de actuación a seguir desde lo general a lo concreto. Los programas de prevención están imbricados dentro de proyectos que conforman un plan previamente establecido, cuentan con un marco teórico que los sustenta, una metodología y un sistema de evaluación debidamente contrastados.

Según la forma en que se aborda el consumo de drogas en un programa preventivo, se pueden distinguir dos modalidades de prevención:

- ✓ Prevención inespecífica

Se centra en el desarrollo de programas generales de promoción de la salud, el desarrollo personal y social, las alternativas de ocio y tiempo libre y el

⁸⁰ La prevención de la drogo dependencia principales modelos teóricos explicativos. Plan Municipal contra las drogas. Área de Servicio Social. Ayuntamiento de Madrid. Marzo 2002 pág. 55

fomento del asociacionismo. Es decir, a través de diferentes propuestas, se intentan potenciar actividades que son positivas en sí mismas y de las que se puede esperar que ayuden a disminuir las situaciones y conductas de riesgo respecto al consumo de drogas. (Plan Municipal contra las drogas del Ayuntamiento de Madrid, 2002, pág. 54)

El Plan Municipal contra las drogas del ayuntamiento de Madrid⁸¹ sostiene que la prevención inespecífica: *“Es inespecífica porque el destinatario no es consciente de que se están trabajando con él las problemáticas relacionadas con el uso de drogas y su prevención.”*

Para el planificador sí es específica, porque se persiguen claramente objetivos de descenso en el uso de drogas, aunque de forma complementaria se produzcan otros avances en el desarrollo del individuo y/o la comunidad.

✓ Prevención específica

Es el conjunto de estrategias que enfocan su actuación hacia el fenómeno de las drogodependencias, centrando su atención en la disminución de los factores de riesgo asociados al consumo de drogas y en la promoción de factores de protectores del consumo de droga. (Plan Municipal Contra las drogas del Ayuntamiento de Madrid, 2002 pág. 55)

El plan contra las drogas del ayuntamiento de Madrid la define como: *“aquellas estrategias en las que la intervención de forma explícita y directa recoge la problemática de las drogas, de la cual se hace participe al destinatario”*

Las dos modalidades de prevención son igualmente importantes y no se trata de dar más peso a una u otra. Debe plantearse la complementariedad que presentan.

⁸¹ La prevención de la drogo dependencia principales modelos teóricos explicativos. Plan Municipal contra las drogas. Área de Servicio Social. Ayuntamiento de Madrid. pág. 54. Marzo 2002

La utilización de cada una de ellas va a depender de diversos elementos. Desde las necesidades concretas del colectivo destinatario, el discurso social sobre drogas dominantes, etc., hasta el nivel existente de problemas con las drogas en la comunidad en la que está inserto el colectivo sobre el que se va a intervenir.

3.5 Ámbitos de la prevención

La prevención se articula y desarrolla en diferentes ámbitos, los ámbitos sobre los que se ejerce el accionar preventivo son:

- El ámbito educativo.
- El ámbito familiar.
- El ámbito laboral.
- El ámbito comunitario y asociativo.

La prevención en el ámbito educativo .

La Escuela se puede definir como una institución social. Es una institución porque está formada por un grupo de personas que trabajan con el mismo fin, aceptando normas que pueden ser explícitas o implícitas. Esta institución desempeña una función de socialización primaria.

La escuela puede y debe afrontar los problemas relacionados con el consumo de drogas que se presentan en la sociedad, ya que además de ser un problema social, el consumo de drogas afecta a gran parte de los jóvenes y adolescentes en periodo de formación y las edades de inicio en los consumos de drogas corresponden, en su mayoría, a etapas de formación escolar. Además, la escuela ofrece un gran potencial preventivo por sus muchas oportunidades como agente educativo: como hemos visto, la prevención de drogodependencias debe enmarcarse en programas más amplios de Educación para la Salud. La salud, según la mayor parte de los organismos internacionales de educación, debe ser un objetivo integrado en todos los centros escolares. (Plan Municipal contra las drogas del ayuntamiento de Madrid; 2002, pág. 55)

La educación (y, como hemos visto, la Educación para la Salud) debe utilizarse, por tanto, como instrumento de prevención, siendo el ámbito escolar uno de los que más posibilidades ofrece, podemos mencionar las siguientes características las siguientes características según el Plan Provincial contra las drogas del Ayuntamiento de Madrid;⁸²:

- *La escuela es el ámbito educativo por definición.*
- *Por él deberían pasar todos los niños y jóvenes de nuestra sociedad, posibilitando que las actuaciones preventivas lleguen a toda la población o por lo menos a la mayoría.*
- *La edad de sus alumnos permite una intervención con grandes posibilidades de éxito por su permeabilidad en la adquisición de conocimientos, actitudes, valores y hábitos.*
- *El tiempo que pasan en la escuela permite que los mensajes e intervenciones lleguen a los destinatarios de forma permanente y sistemática.*
- *Este ámbito permite conocer las características individuales de cada alumno y realizar intervenciones personalizadas para grupos o personas con necesidades específicas.*

Así, es importante destacar sus posibilidades en la prevención secundaria del consumo de drogas, en la detección precoz de personas en situaciones de riesgo hacia el consumo. Entra las posibilidades que presenta la institución educativa se destaca desde los aportes del Plan Municipal contra las drogas del Ayuntamiento de Madrid⁸³

- *Cuenta con profesionales que, de forma intencional y planificada, intervienen con la población destinataria.*

⁸² La prevención de la droga dependencia principales modelos teóricos explicativos. Plan Municipal contra las drogas. Área de Servicio Social. Ayuntamiento de Madrid. pág. 56. Marzo 2002

⁸³ "La prevención de la droga dependencia principales modelos teóricos explicativos". Plan Municipal contra las drogas. Área de Servicio Social. Ayuntamiento de Madrid. Pág. 57. Marzo 2002

- *Puede facilitar u orientar, paralelamente, la formación de padres en materia de prevención.*
- *La escuela cuenta con infraestructura e instalaciones apropiadas para procesos formativos.*
- *Dispone del tiempo y de la capacidad de convocatoria necesaria para coordinar actuaciones que no sólo impliquen a esta institución sino a aquellas cuya participación sea necesaria para el desarrollo de programas comunitarios.*

3.5.2 La prevención en el ámbito familiar.

La familia es el primer grupo social al que el individuo pertenece y donde aprende a convivir. Es una estructura abierta que se adapta a la cultura en la que vive, que está en permanente conexión con ésta y que permite la transmisión de dicha cultura a las nuevas generaciones. (Plan Municipal contra las drogas del Ayuntamiento de Madrid, 2002. pág. 57).

En definitiva, la familia es un espacio de crecimiento y aprendizaje para todos sus miembros, en el que los padres pueden actuar como agente de prevención del consumo de drogas desarrollando actuaciones como:

- *Transmitir un modelo de salud a sus hijos y ser coherentes en su forma de comportarse con respecto al modelo propuesto.*
- *Instaurar el diálogo como dinámica de participación dentro del hogar.*
- *Educar la autoestima de sus hijos, enseñándoles a valorar adecuadamente sus cualidades y a sentirse capaces de afrontar dificultades.*
- *Colaborar en el desarrollo de sus habilidades para negarse asertivamente al consumo de drogas.*
- *Trabajar la autonomía de sus hijos, haciéndolos menos dependientes de la aprobación de los demás.*
- *Ayudar a sus hijos en la identificación de sus gustos y aficiones, orientándolos sobre los pasos a seguir para desarrollarlos.*

- *Trabajar conjuntamente con sus hijos, desde la infancia, los mecanismos de resolución de conflictos.*
- *Desarrollar dentro del hogar actitudes prosociales y cooperativas, para que aprendan el valor de trabajar por la comunidad y a implicarse en la solución de problemas sociales.*
- *Colaborar en el proceso de escolarización de sus hijos favoreciendo su permanencia.*

La prevención en el seno de la familia se realiza a través de los padres. La capacitación de los mismos para el desempeño de su tarea se ve facilitada con la asistencia a los distintos cursos de formación enmarcados en lo que en la actualidad se denominan *Escuelas de padres*. (Plan Municipal contra las drogas del Ayuntamiento de Madrid; 2002 pág. 58)

La misión de la familia en prevención no es una tarea aislada, sino coordinada con las actuaciones que desde otros ámbitos y con otros perfiles de agentes preventivos están incidiendo en la labor dirigida a sus hijos: escuela y comunidad.

3.5.3 La prevención en el ámbito laboral

Los problemas asociados al consumo de drogas tienen importantes consecuencias en el ámbito laboral. Desde los perjuicios directos que tienen las empresas, los perjuicios en la salud y la integridad que sufren los trabajadores, hasta el deterioro del clima de trabajo y la potencial conflictividad colectiva.

El ámbito laboral es un espacio idóneo para el desarrollo de programas de prevención según El plan Municipal contra las drogas del Ayuntamiento de Madrid⁸⁴, por que:

- *Dispone con frecuencia de unos recursos humanos altamente cualificados (servicios médicos psicológicos y sociales de empresa) y de estructuras*

⁸⁴ La prevención de la droga dependencia principales modelos teóricos explicativos. Plan Municipal contra las drogas. Área de Servicio Social. Ayuntamiento de Madrid. . pág. 59. Marzo 2002

organizativas en principio idóneas para su ejecución (comités de seguridad y salud, delegados de prevención).

- *Tiene asegurada la posibilidad de continuidad de las intervenciones a lo largo del tiempo.*
- *Es también un ámbito de socialización y, por tanto, un espacio de aprendizaje de valores, ámbitos y comportamientos.*
- *Es un contexto adecuado para la detección precoz de los problemas provocados por el uso y abuso de drogas, así como un marco necesario en la reinserción de sujetos que hayan padecido problemas con las drogas.*

Por todo ello, la mayoría de los organismos internacionales proponen el desarrollo de programas de prevención en las empresas, que impliquen a empresarios, directivos, sindicatos, servicios médicos y trabajadores.

3.5.4 La prevención en el ámbito comunitario y asociativo

La segmentación en parcelas de intervención en prevención ha tenido como finalidad delimitar los espacios de socialización de las personas, acomodando las estrategias a utilizar a las características de dichos espacios, siendo el ámbito comunitario el más controvertido y polémico, pues hay posiciones diversas a la hora de acotarlo.

Algunos consideran lo comunitario como el sumatorio de todos los ámbitos; otros, sin embargo, lo reclaman como espacio específico, definiéndolo como lugar de encuentro no estructurado que surge de forma natural en el seno de una sociedad, lo que le confiere un valor especial en prevención. Plan Municipal contra las drogas del Ayuntamiento de Madrid; 2002 pág. 60- 62)

Desde los aportes de la Lic. Bataglia Alicia y Lic. Bucich Ángel⁸⁵ los trabajos comunitarios en prevención de adicciones deben ser contextualizados a cada grupo en particular de acuerdo a sus características, contando con la

⁸⁵ Lic. María Alicia Bataglia; Lic. Miguel Ángel Bucich ; Programa integral de planificación estratégica en adicciones. Las Heras Previene. Dirección de Salud Mental. Municipalidad de Las Heras. Pág. 8- 34. Año:2009.

participación comunitaria y el consenso de los diversos actores que interactúan en la vida cotidiana de las personas que las componen.

Estos autores sostienen que los grupos barriales se conforman en lugares adecuados para la realización de actividades de prevención en combinación con otras actividades, sobre todo en las referidas a la recreación y ocupación del tiempo de ocio. Dada la complejidad cultural, económica y social de las instituciones comunitarias, la prevención en adicciones no es sólo una cuestión de Estado, es también un compromiso social, donde todas las instituciones deben intervenir a través de la participación generando proyectos integrales, promocionando el compromiso activo de los principales actores sociales.

Los diversos grupos comunitarios necesitan recibir la información necesaria para sensibilizar sobre la problemática, encontrar estrategias de intervención sobre los grupos de riesgo y elaborar acciones que permitan intervenir desde el conocimiento, desechando mitos sobre el consumo de sustancias tanto lícitas como ilícitas. El trabajo de concientización comunitaria debe elaborar estrategias que permitan a la población entender por qué está sucediendo esto en un momento y lugar determinado. Se requiere entonces de propuestas de capacitación continua adecuada, con información científica y estadística preparada para la comunidad teniendo en cuenta la diversidad cultural, económica, política, geográfica, histórica y social, generando espacios de conocimientos accesibles. (Lic. Bataglia Alicia y Lic. Bucich Ángel. 2009, pág. 17.)

Cuando hablamos de lo comunitario, también lo hacemos de aquellos espacios de educación no formal que conforman el tejido asociativo, es decir, la plataforma social sobre la que se fraguan iniciativas y respuestas a las diversas cuestiones que afectan a la vida cotidiana, en este caso, las drogas y sus problemas asociados.

Desde los Aportes del Plan Municipal contra las drogas del Ayuntamiento de Madrid⁸⁶ las características del asociacionismo que posibilitan su utilización como plataforma de intervenciones en prevención:

- *Facilita el aprendizaje social.*
- *Facilita la relación, la comunicación y el intercambio.*
- *Es un espacio para el aprendizaje de la democracia y la participación.*
- *Posibilita el compromiso real de los individuos con la sociedad.*
- *Es un espacio para el ejercicio de la solidaridad.*

Cuando un grupo de personas se reúne para un fin concreto, se produce necesariamente un intercambio de experiencias y conocimientos, que enriquece a todos sus miembros. De ahí que considere el marco asociativo como un lugar donde se aprende y se educa, aunque no tenga ni la idiosincrasia ni la estructura de los centros educativos.

3.6 La prevención del consumo de droga en la adolescencia

Villareal Gonzales María Elena⁸⁷ sostiene que el estudio psicológico de la adolescencia no se produce hasta finales del siglo XIX. Según la autora una figura significativa en el estudio de la adolescencia es sin duda Stanley Hall (1904) quien a principios de siglo XX fue considerado como el padre del estudio científico de la adolescencia la cual considera como "una etapa de tempestades y conflictos" así como de un fuerte potencial físico , mental y emotivo.

Se distingue algunas tendencias conceptuales al hablar de la adolescencia, una de las perspectivas aborda la adolescencia como "transformación pubertaria", se define a partir de la pubertad en la cual se le da un

⁸⁶ La prevención de la droga dependencia principales modelos teóricos explicativos. Plan Municipal contra las drogas. Área de Servicio Social. Ayuntamiento de Madrid. Pág. 61 Marzo 2002

⁸⁷ Villareal González María Elena ; "Un modelo estructural del consumo de drogas y conductas violentas en adolescentes escolarizados", Monterrey, Año: 2009.

énfasis a la complejidad de transformaciones endócrinas y morfológicas y a la variabilidad de su aparición. (Fernández⁸⁸ 1998, pág. 23),

Otra posición de abordaje es la que ve a la adolescencia “como fenómeno de edad”, en la cual la adolescencia es una edad del hombre e incluye diferencias en los intervalos de edad según trate de hombres o mujeres, al cabo de los cuales se pasara a la edad adulta, o bien a algún tiempo intermedio: a la juventud, a ser un adulto joven (20 a 25 años), a la pos adolescencia. De aquí que desde esta óptica, se emiten las formulaciones legales desde las cuales se considerara “adolescente a toda persona mayor de doce años y menor de dieciocho” (Fernández, 1998, pág. 24)

Luego encontramos la adolescencia “como experiencia de desarrollo”, en cuanto un lugar de transito en el desarrollo del hombre relacionado con la efectuación de las que serian sus potencialidades siguiendo una línea evolutiva “todo periodo de la vida tiende a ser caracterizado por un grupo de problemas del desarrollo, y la adolescencia no seria la excepción y habría un conjunto de problemas, en las que se reconocería. (Fernández, 1998, pág. 26)

Por ultimo se presenta a la adolescencia “como camino a la adultez” donde se considera como el periodo de transición entre la infancia y la adultez. Propuesta que se afirma en la posibilidad de sostener al final de la línea un producto logrado, culminación del desarrollo, superador de la fractura subjetiva. (Fernández, 1998)

Otra propuesta es la que aborda a la adolescencia “como producción socio histórica”, ya que al parecer “las sociedades primitivas no poseían nuestra concepción de adolescencia, si no que poseían ritos de iniciación que al ser pasados por los jóvenes les concedía manera inmediata el estado de madures. Así la adolescencia seria un fenómeno propio de determinadas formaciones sociales avanzadas, concretamente de las sociedades capitales urbanas, y en

⁸⁸ Fernández, M. (1998) “La adolescencia como problema”. En tesis: La adolescencia en tanto encuentro con la muerte. Universidad de Costa Rica.

último termino un efecto de su modelo económico de producción y de distribución del trabajo. (Fernández, 1998. pág. 28)

Un ultimo abordaje es el que plantea la adolescencia como condición bio-psico social, en la cual se reconoce que la adolescencia , se trataría de una condición compleja con un afán por lograr una esperada integración que unificado permitiera capturar "lo adolescente". De manera que una visión como la propuesta posibilitaría una visión mas abarcadora de la problemática del adolescente, que para los que lo proponen, favorece el acercamiento a una comprensión "en profundidad" (Fernández, 1998. Pág. 29)

La adolescencia es una etapa crítica para la formación de la persona. En la misma, el individuo tiene que desarrollarse a nivel físico, emocional, social, académico, etc. La búsqueda de la autonomía e identidad son elementos definitorios de la misma. Esto se va a ver favorecido o no por su historia previa, por el apoyo/no apoyo y comprensión de su familia, existencia o no de problemas en la misma, grupo de amigos, etc. Tampoco se debe olvidar que la adolescencia es un largo periodo de tiempo que luego continuará en la vida adulta.

Para la comprensión del desarrollo psíquico de la adolescencia, tomamos los aportes de Acero Achirica⁸⁹, quien en su análisis toma dos etapas que nos permiten comprender las habilidades que se adquieren, los obstáculos que se deben sortear y las modificaciones fisiológicas y de razonamiento contempladas en cada una de las faces. Estas dos etapas son las preadolescencia y la adolescencia.

Se concediera que la descripción de estas dos etapas por las que trascurren los jóvenes deben ser una marco de referencia para conocer mejor a la

⁸⁹ Acero Achirica Alicia, Moreno Arnedillo G, Moreno Arnedillo J. Pardo Sánchez L. "La prevención de la drogodependencia en el tiempo de ocio" Manual de formación. Imprime: JUMA. Madrid. Año: 2002

población, lo que nos ayudara a comprender y entender de manera conjunta con los adolescentes las tareas preventivas.

La etapa de la preadolescencia es la última etapa de la niñez, o la primera de la adolescencia, constituye un periodo prometedor en cuanto a la adquisición de habilidades para la vida se inicia entre los 9 y los 12 años y presenta un buen momento para ofrecer a los preadolescentes herramientas que contrarresten la influencia de ambientes y conductas de riesgo que alteren su desarrollo. (Acero Achirica, 2002)

En cuanto a las modificaciones fisiológicas y de razonamiento en esta etapa los jóvenes comienzan a reflexionar con mayor atención sobre su postura personal ante los sucesos y condiciones que enmarcan sus actividades particularmente la autoridad que representan los alumnos. (Acero Achirica, 2002)

Como periodo de intensos cambios la preadolescencia plantea la posibilidad de que los jóvenes respondan favorablemente a los estímulos del entorno que favorecen el progreso de sus potencialidades, así como la adquisición de nuevos aprendizajes, actitudes, habilidades y valores que le permitan enfrentar y resistir vicisitudes que la vida les presenta. (Acero Achirica, 2002)

Además de las transformaciones físicas o modificaciones psicológicas, tiene lugar diversos cambios emocionales y de conducta, de comportamiento social y de razonamiento, el niño y la niña han adquirido una conciencia de sí mismo que les permite diferenciar claramente su capacidad personal para enfrentar las situaciones de la vida cotidiana, mediante el uso del juicio y de la lógica, además distinguir entre lo que desean, lo que les conviene y lo que piensan de los otros. (Acero Achirica, 2002)

La inteligencia en este periodo se hace constructiva es decir se ejerce la capacidad de enfrentar retos intelectuales más complejos en los que se ejerce un razonamiento hipotético deductivo lo que les permite a los menores obtener conclusiones a partir de hechos y situaciones generales” (Acero Achirica, 2002)

La segunda etapa de análisis es la etapa de la adolescencia es una etapa de cambio de aprendizaje y de construcción de la identidad personal y colectiva. Como en otros momentos del desarrollo sus rasgos dependen de la cultura, el entorno social y la historia previa de los individuos. Al enfrentar distintos contextos culturales y económicos los adolescentes viven en situaciones variables que implican diversos factores de protección y de riesgo ante el consumo de tabaco de alcohol y de otras drogas. (Acero Achirica, 2002)

La adolescencia se caracteriza por la búsqueda de lazos extra familiares y la vivencia de sentimientos contradictorios en relación con la idea que los jóvenes tienen de si mismos. La imagen corporal y la sexualidad constituyen asuntos de interés en esta etapa. (Acero Achirica, 2002)

El grupo de compañeros y las relaciones que se establecen dentro del mismo forman parte de la atención central, surgen los primeros intentos de establecer relaciones amorosas, y las cuestiones relacionadas con la propia moralidad y las convenciones sociales que se han aprendido, pueden someterse a cuestionamiento y duda" (Acero Achirica, 2002)

Algunos psicólogos sostienen que el adolescente pasa por una muda respecto de la cual nada puede decir y es para los adultos, objeto de un cuestionamiento que, según los padres, esta cargado de angustia o pleno de indulgencia . En el curso de esta mutación se vuelven frágiles como él bebe que nace. (Silvia García. 2009⁹⁰, pág. 5)

Durante esta crisis el adolescente se opone a todas las leyes por que le ha parecido que alguien que representa la ley no le permitiría ser ni vivir. El adolescente no solo cuestiona la ley en su casa, si no que cuestiona la ley escolar, y toda palabra norma regla o moral que provenga del mundo de los adultos será motivo de enfrentamiento. Este cambio de posición del adolescente en relación a

⁹⁰ García Silvia Mónica. "Problemática de la familia, niñez adolescencia y ancianidad. Documento de Catedra. Carrera: Lic. En Trabajo Social Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. U.N.C. Año: 2009.

la ley no es sin consecuencia en la exterioridad, ya que el modo de cuestionarla es transgredirla. (Silvia García. 2009. pág. 11)

Se parte de considerar la adolescencia como un período vital de especial riesgo para el consumo de drogas, en la que se llevan a cabo los primeros acercamientos a las sustancias adictivas y el mantenimiento de patrones de consumo que, en gran parte de los casos, se consolidan en la vida adulta.

Es necesario recordar que esta etapa (adolescencia) es un período de transición de la infancia a la madurez en el que se producen una gran cantidad de cambios corporales, afectivos, cognitivos y de valores que junto con un mayor deseo por obtener experiencias novedosas e intensas, por ampliar las redes sociales y la búsqueda de autonomía y de una identidad propia al margen de los convencionalismos, la convierte en un período de especial vulnerabilidad al desarrollo de conductas asociadas al consumo de drogas.

Becoña Elisandro⁹¹ argumenta que el consumo de drogas es uno de los aspectos con el que se tiene que enfrentar la persona y decidir, en función de sus valores y creencias, pero también de su medio sociocultural, familiar, amigos, etc., si consumirá o no una vez que se las ofrezcan o sienta la necesidad de ellas. Debemos ser conscientes de que la experimentación con las drogas se ha convertido en un hecho habitual en los adolescentes de las sociedades desarrolladas.

Un gran número de adolescentes experimentan con el tabaco y el alcohol, en un lugar intermedio la marihuana, y en menor grado con otras sustancias. Una experimentación temprana con estas sustancias facilita la posterior experimentación con otras sustancias. Saber convivir con las drogas y saber que un porcentaje importante de los adolescentes las van a probar o consumir, es un

⁹¹ Becoña, Elisandro ; "Bases psicológicas de la prevención del consumo de drogas". Universidad de Santiago Compostela. Facultad de Psicología. Departamento de Psicología clínica y psicobiología España 2006.

hecho que hay que saber, conocer y reconocer, para poder actuar y ayudar a estas personas. (Becoña Elisandro; 2006. pág. 25)

Los aportes brindados por el Programa de Prevención de Las Heras muestran los siguientes porcentajes en relación con las edades de inicio del consumo de drogas en los pacientes que asisten al tratamiento ambulatorio del Centro de Asistencia en Adicciones a Drogas⁹² cuales se expresan en la tabla II:

Edad de inicio en el consumo de drogas de los pacientes en tratamiento.

▪ Antes de los 14 años:	48 % de los pacientes en tratamiento
▪ Entre 15 a 19 años:	4 % de los pacientes en tratamiento
▪ Entre 20 a 24 años:	31 % de los pacientes en tratamiento
▪ Entre 25 a 29 años:	18 % de los pacientes en tratamiento
▪ Entre 30 a 34 años:	18 % de los pacientes en tratamiento
▪ Entre 35 a 39 años:	13 % de los pacientes en tratamiento
▪ 40 0 más	21 % de los pacientes en tratamiento

Tabla II

Fte. : Plan Provincial de Adicciones Mza.; Departamento de Las Heras, Mza. Año 2009.⁹³ .

Estos datos arrojados por el programa de prevención del Departamento de Las Heras, Provincia de Mza, nos permiten demostrar que la adolescencia no solo es una etapa crítica en el desarrollo psicosocial y atravesada por grandes cambios si no que también es la edad donde se produce el mayor inicio en el consumo de drogas.

Con esto podemos comprender que la adolescencia es una etapa oportuna para el desarrollo de actividades de prevención que les permitan a los mismo contar con las primeras herramientas para responder favorablemente a las presiones de los entornos sociales, como puede ser el caso de enfrentarse a situaciones en las que deban decidir si probar una droga, con la prevención en esta

⁹² Lic. María Alicia Bataglia; Lic. Miguel Ángel Bucich ; Programa integral de planificación estratégica en adicciones. Las Heras Previene. Dirección de Salud Mental. Municipalidad de Las Heras. 2009

⁹³ Lic. María Alicia Bataglia; Lic. Miguel Ángel Bucich ; Programa integral de planificación estratégica en adicciones. Las Heras Previene. Dirección de Salud Mental. Municipalidad de Las Heras. 2009. Pag. 36.

etapa del ciclo de la vida se puede dotar de habilidades de resistencia y de reflexión de las consecuencias que el consumo de drogas producen en el sujeto.

La percepción del riesgo es una variable de gran relevancia para explicar el consumo o no de una sustancia psicoactiva en adolescentes. Las personas toman decisiones en función de las consecuencias positivas que van a obtener y evitan las consecuencias negativas. Si perciben que algo les va a acarrear dichas consecuencias negativas no lo harán. Por ello, la concepción que se tiene sobre las distintas drogas, que depende tanto del uso, como de las creencias y de la propia construcción social sobre la sustancia, influye en su consumo. En ocasiones puede haber sesgos sobre los efectos de las sustancias, en un sentido o en otro. Por ello es de gran relevancia proporcionar información correcta y tener siempre presente que el objetivo de una persona es tener las suficientes habilidades para enfrentarse adecuadamente al mundo circundante y tener una buena adaptación en el mismo. (Becoña Elisandro; 2006, pág. 126)

Se hace necesario pensar en las herramientas con las que cuentan los jóvenes para la constitución de su identidad adolescente como condición relacional ya que los adolescentes constituyen su identidad con otros adolescentes determinada por la interacción social y no meramente por la edad. (Silvia García. 2009, pág. 11.)

Los jóvenes internalizan los códigos de su tiempo y dan cuenta del momento social y cultural en el que cada uno vive, con rasgos propios distintivos, y con la incorporación natural de nuevos códigos, ritmos, técnicas, gustos y valoraciones.

Los adolescentes son actores socio históricos y productos de su tiempo por lo que construyen su identidad con otros adolescentes en un contexto complejo, caracterizado por la heterogeneidad, diversidad y pluralismo, donde la trasgresión constituye un acto de desobediencia y quebramiento de pautas establecidas en una sociedad donde buscan su espacio.

Actualmente salir de la adolescencia significa entrar en mayores dudas y mayor inestabilidad provocando inevitablemente, una gran angustia, para paliar este sentimiento, los jóvenes adoptan una actitud falsa de seguridad.

La pérdida de una meta sólida en lo que refiere a modelos de comportamiento y objetivos de la vida primordiales hace que muchos adolescentes se encuentren perfectamente desorientados y sin criterio propios ante las drogas y ante otras encrucijadas vitales.

Capítulo IV

“Estrategias de prevención del consumo de drogas”



4 Estrategias de prevención del consumo de drogas

4.1 Estrategia de prevención en sentido general

El termino estrategia debe desenmascarse para designar aquello que caracteriza una intervención preventiva en lo que es el conjunto de actividades, actuaciones y/o servicios que constituyen la intervención estratégica.

En sentido general la estrategia es una orientación, un conjunto de acciones, el arte de combinar coordinar y aplicar acciones de cara a alcanzar un objetivo a largo plazo. (Ander Egg E. 1982, pág.143)⁹⁴

En lo que respecta a la prevención desde la reducción de la demanda de droga, las estrategias preventivas que existen en la actualidad, se clasifican en cinco clases según los aportes de Martin F.⁹⁵.

- 1- *Las estrategias centradas en la difusión de la información sobre las características de las drogas y sus efectos.*
- 2- *Las estrategias centradas en las ofertas alternativas al consumo de droga: alternativas de empleo de tiempo libre y de ocio.*
- 3- *Estrategias basadas en el componente afectivo*
- 4- *Las estrategias basadas en la influencia social.*
- 5- *Estrategias basadas en el desarrollo de habilidades genéricas para la competencia individual y la interacción social:*

4.1.1 Estrategias centradas en la difusión de la información sobre las características de las drogas y sus efectos:

El Plan Municipal contra las Drogas del Ayuntamiento de Madrid⁹⁶ sostiene que en cualquier intervención en prevención, la información es una condición

⁹⁴ Ander Egg, Ezequiel. Diccionario del Trabajo Social. Editorial: el ateneo. Pg.: 142-143- Año 1982

⁹⁵ Martin F. "Prevención de la drogadicción en el ámbito escolar" Palma de Mallorca. España. Año: 1999, pag. 136.

⁹⁶ La prevención de la drogo dependencia principales modelos teóricos explicativos. Plan Municipal contra las drogas. Área de Servicio Social. Ayuntamiento de Madrid. pag 53. Marzo Año: 2002

necesaria aunque, por sí sola, no es suficiente. Debe estar acompañada de otras estrategias. Con la experiencia en prevención y el transcurso del tiempo, se han ido detectando algunos errores referidos a esta estrategia; así, las campañas informativas dirigidas al público de manera indiscriminada y poco objetiva, basadas además en el recurso del miedo -"La droga mata"-, fueron generalizadas en diversos medios de comunicación.

Estas intervenciones de difícil evaluación, recayó la sospecha de resultar contrapreventivas al vulnerar principios elementales bien conocidos sobre comunicación y persuasión.

No obstante, sostienen que si la información es objetiva, realista y adaptada a la población para la que se ha elaborado, el efecto deseado es el de la sensibilización del colectivo destinatario y un posible cambio de actitudes.

La información constituye un eslabón más en la educación preventiva del uso de drogas. Pero para que la información influya en un comportamiento debe englobarse en un proceso activo de aprendizaje, en el marco de un programa integral de prevención.

Puede parecer una ingenuidad pensar que el comportamiento o la actitud de las personas hacia un objeto es el resultado directo de sus conocimientos sobre ese objeto.

El plan Municipal contra las Drogas del Ayuntamiento de Madrid⁹⁷ sostiene que conocer los efectos que produce una droga no es suficiente para prevenir su consumo. Más aún: la información aislada, parcial y descontextualizada, de la que tanto se ha abusado y se abusa todavía, puede producir el efecto contrario, en la medida en que:

- *Puede ser percibida como parcial, ajena a la experiencia directa de los destinatarios de la información, y por lo tanto interesada y poco creíble.*

⁹⁷ Ibídem. pág. 63.

- *Despierta la curiosidad por sus efectos inmediatos, mientras que los efectos negativos, por ser demorados y no seguros, son percibidos como lejanos e improbables.*
- *Confiere al consumo un valor de trasgresión que aumenta su atractivo.*

Según estos autores los programas de prevención incluyen entre sus componentes módulos dirigidos a proporcionar información sobre las sustancias, esta información, para que adquiriera un valor preventivo:

- Requiere la participación activa de sus destinatarios en su elaboración y discusión.
- Debe evitar ser percibida como parcial y distorsionada.
- Debe ser adaptada al momento evolutivo de los destinatarios; los programas de prevención dirigidos a edades inferiores a los 12 años deben de hecho eludir esta información.
- Debe situarse en el contexto de un programa de prevención.

4.1.2 Estrategias centradas en la oferta de alternativas al consumo de droga: alternativas de empleo de tiempo libre y de ocio.

Desde los aportes de Acero Archirica, Moreno Arnedillo Gorka y, Moreno Arnedillo Javier y Sánchez Pardo Lorenzo⁹⁸ las estrategias preventivas ensayadas en el campo de la prevención que constituyen la denominada "generación de alternativas", que parte de la evidencia de que algunas formas de ocupación del tiempo libre se asocian con el consumo de drogas y otras por el contrario resultan más o menos incompatibles con dichos consumos. En síntesis, estas estrategias tratan de satisfacer determinadas necesidades de los adolescentes y jóvenes ofertando para ello actividades de ocio saludables.

⁹⁸ Arnedillo Moreno Javier; Alicia Acero Achirica, Moreno Arnedillo Gorka, Sanches Pardo Lorenzo "La prevención de la drogo dependencia en el tiempo de ocio"; Manual de formación. Imprime JUMA; Madrid, 2002

Los autores sostienen que la importancia del ocio en relación con la prevención de las drogodependencias va más allá de la mera generación de alternativas de ocio o de la sustitución de ciertas actividades por otras que no comporten riesgos. El ocio es fundamental porque se configura como un espacio privilegiado desde el cual desarrollar diferentes estrategias preventivas. Conviene tener presente que en el contexto del ocio los adolescentes se socializan, adquieren valores, ideas, comportamientos, aprenden formas de relacionarse, orientan su vida cotidiana, un proceso que puede ser condicionado con un trabajo de orientación educativa.

Sánchez, L.; Moncada, S.; Díez, ⁹⁹ enuncian una serie de premisas que deben ser tenidas en cuenta cuando se pretende convertir el tiempo de ocio en un espacio para la prevención de los consumos de drogas:

a) La consideración del tiempo de ocio como un espacio de socialización, de educación no formal.

Prevenir el consumo de drogas a través del ocio no persigue entretener o tener ocupados a los adolescentes y jóvenes, sino crear determinados espacios y oportunidades desde las cuales desarrollar un proyecto educativo, que sin renunciar a los aspectos lúdicos, inherentes a cualquier actividad de ocio, favorezca un adecuado desarrollo personal y social de los mismos. La oferta de actividades de ocio es un mero instrumento que nos permite reunir a adolescentes y jóvenes para potenciar determinados factores frente a los consumos de drogas (la capacidad de resistencia frente a las presiones, la toma de decisiones, la resolución de conflictos, la autoestima y la autonomía personal, la potenciación de valores como la solidaridad y la tolerancia, etc.).

⁹⁹ Sánchez, L.; Moncada, S.; Díez, D., "Prevención de las drogodependencias en el tiempo libre". Ayuntamiento de Madrid. Madrid, 1998

b) Las actividades a ofertar a los jóvenes como alternativas al consumo de drogas no deben renunciar a su carácter lúdico y voluntario, debiendo ser capaces de contribuir a satisfacer determinadas necesidades de adolescentes y jóvenes.

Conviene tener en cuenta que una de las motivaciones básicas por las cuales los jóvenes consumen drogas es la búsqueda de la diversión y el placer, por tanto cualquier alternativa de ocio que pretenda tener éxito no debe limitarse a ofertar actividades saludables, sino que debe cuidar que las actividades puestas a su disposición les resulten placenteras y que les permitan la interacción con otros jóvenes. Por eso las actividades deben incorporar algunos elementos básicos de la cultura juvenil, desde la música y el baile, a aquellas otras actividades como el deporte o los juegos que les permitan tanto mantener contacto físico entre ellos como mostrar su imagen personal.

c) La generación de alternativas de ocio, como estrategia preventiva, debe apoyarse y simultanearse con otras estrategias para potenciar su eficacia.

La sinergia entre las distintas acciones y estrategias preventivas potencia su eficacia, para lo cual los programas preventivos centrados en el tiempo libre deben incorporar un número suficientemente amplio de acciones.

El punto de partida de esta estrategia ha sido el énfasis puesto en las causas de las drogodependencias.

Para el plan Municipal si una persona consume drogas será porque el consumo cumple una determinada función. Y, en la medida en que se pueda eliminar o mitigar la conducta de consumo con otras actividades, cabe esperar que los individuos reduzcan y/o abandonen la utilización de sustancias. Consecuentemente, las alternativas sugeridas también debían ser numerosas y diversas, abarcando el ámbito de lo físico, lo sensorial, lo emocional, lo evolutivo, lo intelectual, lo social, etc.

Según este, en la actualidad, la generación de alternativas a la cultura de consumo se ha ampliado y abierto en la perspectiva de los beneficios que genera para el individuo la participación activa en la construcción de alternativas, de esta forma se centra el trabajo en la identificación y generación de recursos propios frente a la oferta externa.

4.1.3 Estrategias basadas en el componente afectivo:

Estas estrategias inciden en la mejora de la autoestima, así como en la modificación de actitudes, creencias y valores relacionados con las drogas y su consumo. (Martin F. 1999)

4.1.4 Estrategias basadas en la influencia social:

Estas Estrategias tratan de prevenir y hacer frente a las presiones sociales, como amigos, publicidad y entorno a favor del consumo de droga. Se identifican los factores que favorecen el consumo de drogas y se afrontan directamente mostrando el proceso de influencia social y desarrollando habilidades de resistencia y rechazo. (Martin F. 1999)

4.1.5 Estrategias basadas en el desarrollo de habilidades genéricas para la competencia individual y la interacción social:

Estas estrategias se tratan de una forma de intervención que se centra en la formación integral del individuo con la intención de lograr que éste, por decisión y control propio, prescinda libremente del uso de drogas.

Metodológicamente estas estrategias requieren, según el Plan Municipal contra las Drogas del Ayuntamiento de Madrid¹⁰⁰:

¹⁰⁰ Sánchez, L.; Moncada, S.; Díez, D., "Prevención de las drogodependencias en el tiempo libre". Ayuntamiento de Madrid. Madrid, 1998. Pag. 72

- *Participación directa de aquellos a quienes se dirige la formación. La educación preventiva es bidireccional y debe huir de la mera transmisión unilateral de conocimientos.*
- *Hacer hincapié en las causas del consumo, por encima de las consecuencias negativas que de éste se derivan.*
- *Los contenidos de la formación deben contemplar la capacitación en valores, actitudes y habilidades sociales para afrontar de forma adecuada las situaciones de consumo de drogas.*
- *Llevar a cabo una actuación continua a medio y largo plazo.*

Este tipo de intervención se desarrollaría en instituciones y colectivos con determinados criterios de homogeneidad como por ejemplo: escuela, familia, ámbito laboral, pero siempre inserta en el marco de la comunidad a la que pertenecen.

4.2 Metodologías de implementación de las estrategias de prevención

Las modalidades metodológicas que existen para la implementación de estrategias de prevención, en los diferentes ámbitos en la que la prevención del consumo de drogas se puede desarrollar, es la metodología interactiva y la metodología no interactiva.

Espada José P.¹⁰¹ realiza un estudio sobre la eficiencia de los programas de prevención en España, en dicha investigación el autor cita a Tober, quien en 1992, a través de un meta análisis que realiza a los programas de prevención de adicciones, nos permite distinguir dentro de los programas de prevención dos perspectivas de análisis, por un lado los contenidos de los programas y las estrategias de prevención, y por el otro las metodologías utilizadas para la ejecución de las estrategias de prevención. (Espada Zanches J. 2003 pág. 17)

Nos interesa aquí la distinción que la autora hace, en relación a las metodologías implementadas por los programas de prevención de uso abuso de

¹⁰¹ Espada Sánchez José Pedro; "Eficacia de los programas de prevención escolar de drogas con metodología interactiva". Revista Salud y Droga / vol. 3 pp. 61-81. Instituto de investigación de droga dependencia Alicante España. 2003

drogas, para la ejecución de las estrategias de prevención. Ella propone distinguir dos metodologías utilizadas por los programas para generar sus estrategias; la metodología interactiva y la metodología no interactiva.

Los programas de prevención, que realizan su intervención desde una metodología interactiva, los clasifica como aquellos donde el objetivo era desarrollar los potenciales de los participantes, desarrollar sus habilidades mediante ejercicios estructurados, la comunicación se producía en la relación monitor participante y participante monitor, como así también entre los propios participantes, mediante debates y discusiones en grupo. El monitor se mostraba directivo y facilitador de la comunicación. El grupo se empleaba como un medio para la interacción, logrando el progreso personal a través de la experiencia en grupo.

Por tanto los programas clasificados para desarrollar sus estrategias de prevención mediante la metodología no interactiva, son aquellos donde los objetivos eran transmitir información, mediante presentaciones didácticas. La comunicación se da en forma exclusiva monitor alumno y el foco se centra en el trabajo y aprendizaje individual de los participantes.

El estudio le permite, desde un análisis que hace a los distintos programas de prevención, comparar cuales de las metodologías se muestran más eficaces para la prevención de adicciones. Las metodologías interactivas, como las que trabajan sobre habilidades para la vida o las basados en las influencias sociales se mostraron eficaces, según su estudio, para modificar el consumo de drogas en adolescentes, por el contrario, los programas basados en metodologías no interactivas como los de trasmisión de información, desde las investigaciones y datos obtenidos, fueron ineficaces ya que no lograron modificar las conductas de los jóvenes en relación al consumo de drogas.

4.3 El Taller como constructor de espacios para la prevención y el aprendizaje

La prevención del consumo de droga en el ámbito educativo se materializa , como mencionamos en el anterior capítulo de la prevención , a través de Planes , Programas y Proyectos basados y sustentados sobre acciones preventivas que se desarrollan desde distintas técnicas de campo e instrumentos, con permiten la interacción con los sujetos para crear los espacios de prevención a través de distintas metodologías de implementación de las mismas.

Entre las técnicas e instrumentos que permiten la interacción con los sujetos para que exista el espacio de prevención esta el taller. *"Podemos entender al taller como un espacio y un tiempo para la vivencia, la reflexión y la conceptualización. La vivencia es el 'primer paso en el cual se implementan ciertas técnicas participativas disparadoras con el objetivo....de movilizar algunas estructuras cognitivas con relación al tema que se trate".* (Liliana Barg¹⁰²;2006 pp.108)

El taller produce, o debe producir, diferentes aprendizajes que llevan a los sujetos a ratificar o rectificar modelos aprendidos, actitudes y comportamientos, como también se movilizan estructuras personales rompiendo con los estereotipos que no ayudan a crecer. (Liliana Barg; 2006 pp. 108)

En el taller por lo tanto es una instancia de aprendizaje desde una experiencia, el cual implementado desde una metodología interactiva se puede convertir en un lugar de vínculos, de interacciones, de participación, donde se desarrolle un estilo de comunicación que permita la reproducción de conocimiento.

4.3.1 Técnicas participativas

El taller como una estrategia de prevención comprendida como un espacio constructor de la prevención y el aprendizaje, basado en una metodología interactiva, puede ser implementado desde distintas técnicas participativas que buscan la aprensión cognitivas sobre algún tema. Las técnicas participativas se

¹⁰² Barg Liliana: "Lo interdisciplinario en Saul Mental." Editorial Espacio. Buenos Aires. Año: 2006 pp. 108

constituyen solo en herramientas en función de un proceso de formación u organización.

Una técnica en si misma no es formativa ni tiene carácter pedagógico, para que así lo sea debe ser utilizada en función d un tema específico con un objetivo concreto e implementada de acuerdo a los participantes con lo que se esta trabajando. (Liliana Barg 2006 pág. 110)

Los elementos a considerar en la implementación de una técnica participativa según Liliana Barg¹⁰³

-Debe dirigirse hacia el logro de un objetivo preciso, y teniendo ese objetivo claro guiar la discusión hacia el tema de interés y evitar que se disperse en otros aspectos que no son importantes para el tema.

-Debe precisarse el procedimiento a seguir para su aplicación de acuerdo al número de participantes y el tiempo disponible. Se debe detallar el procedimiento para conducir correctamente la técnica hacia el objetivo previamente planteado.

-Una técnica brinda elementos que motivan la discusión, y se debe tener claro hasta donde se quiere llegar un una discusión con esa técnica. Por ello el coordinador debe ser lo suficientemente flexible para no cortar la discusión si puede ayudar a aclarar mas el tema o detenerla si no hace a la profundización del asunto en cuestión.

-Para aplicar cualquier técnica el coordinador debe tener imaginación y creatividad para modificarlas y crear nuevas, de acuerdo a los participantes y a la situación que debe enfrentar. Debe recordarse que lo fundamental no es la técnica si no el objetivo que se persigue.

Los distintos tipos de técnicas participativas que podemos menciona son: técnicas vivenciales, técnicas con actuación, técnicas auditivas y audiovisuales y técnicas visuales.

¹⁰³ Barg Liliana; “Lo interdisciplinario en salud mental”; Editorial Espacio. Buenos Aires. Año:2006 pp.. 110.

Parte II

Trabajo de Campo:

"Proceso teórico metodológico de la prevención del consumo de drogas, en el ámbito educativo y análisis cualitativo de la experiencia preventiva".



1. Proceso teórico metodológico de la prevención, en el inicio precoz del consumo de drogas, desde el ámbito educativo:

1.1 Campo de intervención:

"Escuela Normal Superior "Tomas Godoy Cruz" Nro. 9-002.

La presente tesis desarrolla el trabajo de campo en la institución educativa: "Escuela Normal Superior; Tomás Godoy Cruz"

Desde dicha institución se seleccionó un 8vo años para realizar la práctica preventiva. La elección de dicho curso fue realizada de forma aleatoria, quedando seleccionada la primera división, con una población de 32 alumnos.

Reseña histórica de la institución:

En 1914, la Escuela que se creó exclusivamente para niñas se transformó en mixta, esta escuela se llamó "**Nicolás Avellaneda**" hasta 1928, año en que al celebrarse el cincuenta aniversario, se le impuso el nombre del Congresista y Gobernador de Mendoza "**Dr. Tomás Godoy Cruz**".

El 10 de noviembre de 1949 la Escuela Normal sufrió el derrumbe de un aula y el local fue clausurado por disposición de la Municipalidad. Luego comenzó a funcionar en el Colegio Nacional "Agustín Álvarez", por falta de edificio propio.

En 1952 la Legislatura Provincial autorizó al Gobierno de la Provincia a ceder a la Escuela Normal el terreno ocupado por la ex-Casa de Gobierno, ubicada en Rivadavia 350 de Ciudad, pero no fue sino hasta 1967 que se inauguró el nuevo edificio. El local estaba destinado al funcionamiento de los tres niveles educativos, existentes por entonces.

Desde su fundación, la Escuela estuvo destinada a la formación de Maestros Normales Nacionales hasta 1970, en que el nivel medio se transformó en Bachillerato Diversificado (Común, en Letras, Biológico o en Ciencias Biológicas, Pedagógico o con Orientación Docente, en Ciencias Físico-Matemáticas).

En 1971 se creó el nivel superior, del cual se egresaba con el título de Profesor de nivel inicial y/o primario. En 1989 comenzó a funcionar el plan de Maestros de Enseñanza Básica (M.E.B.).

Actualmente la Escuela N° 9-002 Normal Superior "Tomás Godoy Cruz" cuenta con cuatro niveles educativos: Inicial, EGB1 y 2 (primario), EGB3 y Polimodal (medio) y numerosas carreras en el nivel Superior.

1.3 Descripción del sujeto de estudio.

Población de estudio:

La población de estudio del presente trabajo de investigación e intervención dese la prevención de la problemática del inicio precoz del consumo de drogas, son los alumnos de 8vo 1ra, de la Escuela Normal Superior: Tomás Godoy Cruz. Nro. 9-002 de la Provincia de Mendoza.

Esta población esta compuesta por 32 alumnos, comprendida por ambos sexos y con una edad promedio de 13 años.

En el curso donde se realiza la prevención, cuenta con 3 alumnos repetidores, dato que se incorpora a la descripción sujeto de estudio ya que en muchos casos el uso problemático de drogas genera rendimientos académicos negativos y no podemos dejar de contemplar que relación tiene el consumo de drogas con el rendimiento académico.

En la institución educativa hay un total de 39 alumnos repetidores, entre los 9 cursos que conforman los 8vo año, lo que indica que el 15% de la población total se encuentra recusando el ciclo lectivo.

La distribución de alumnos repetidores por curso es la siguiente:

Curso	Cantidad de alumnos	Alumnos repetidores por curso
8vo - 1ra	32	3
8vo - 2da	32	2
8vo - 3ra	32	6
8vo - 4ta	24	5
8vo - 5ta	24	5
8vo - 6ta	26	5
8vo - 7ma	23	6
8vo - 8va	27	6
8vo - 9na	32	1

Fte.: "Psicopedagoga Mariela de Giorlando; Datos obtenidos del informe del año 2012. Servicio de Orientación Social Escuela Normal Superior: Tomás Godoy Cruz".

Composición del núcleo familiar del sujeto de estudio.

El abordaje de la prevención desde una perspectiva integral supone al momento de trabajar sobre la prevención, el abordaje y la consideración de la problemática desde una perspectiva multicausal, lo que supone el análisis de todos los ámbitos primarios y secundarios, donde el sujeto desarrolla su vida cotidiana, ya que en ellos encontramos la presencia de factores de riesgo y factores protectores en relación con el inicio del consumo y el consumo problemático de drogas.

Cabe destacar que en la descripción de algunas variables de los ámbitos de socialización, donde el sujeto desarrolla su vida cotidiana, se debía considerar mayor rigurosidad en la investigación de estos, si se quisiera incorporar en el análisis, como influyen los distintos factores de riesgo y protección presentes en los distintos ámbitos de socialización del sujeto de estudio.

En la composición del núcleo familiar del sujeto de investigación se toman

los datos de la población total de los 8vo años de la institución educativa en relación a la composición del núcleo familiar.

Poseen padre y madre juntos:	66 %
Conviven solo con la madre y hermanos:	22 %
Grupo familiar extenso (padre, madre, hermanos y otros familiares):	10 %
Conviven solo con el padre y hermanos:	1 %
No conviven ni con el padre ni con la madre:	1 % (familia cuidadora)

Fte.: “Psicopedagoga Mariela de Giorlando; Datos obtenidos del informe del año 2012. Servicio de Orientación Social Escuela Normal Superior: Tomás Godoy Cruz”.

Nivel de Escolaridad de los padres del sujeto de estudio:

Otro elemento de análisis considerado en la presente investigación, es el nivel de la escolaridad de los padres, si bien esto no es una variable determinante en relación al desarrollo del uso problemático de drogas, su inclusión nos permite tener conocimientos de una variable socio económica, que podrá ser considerada para posteriores análisis.

Cabe aclarar que estas variables corresponden con la población educativa de todos los 8vos. de la institución.

PADRE	
Nivel de Estudio	Porcentaje
Primaria	25 %
Secundaria	60 %
Terciario	6 %
Universitario	
- Completo	7 %
- Incompleto	1 %

MADRE	
Nivel de Estudio	Porcentaje
Primaria	16 %
Secundaria	72 %
Terciario	4 %
Universitario	
- Completo	7 %

Fte.: "Psicopedagoga Mariela de Giorlando; Datos obtenidos del informe del año 2012. Servicio de Orientación Social Escuela Normal Superior: Tomás Godoy Cruz".

En cuanto al aspecto de escolaridad, de los padres se observa que:

- La mayor parte de los alumnos posee el padre con un nivel de escolaridad correspondiente al Nivel Medio. En segundo lugar poseen estudios correspondientes al Nivel Primario. Y un número bajo de alumnos posee el padre con estudios terciario o universitarios.
- En cuanto a la madre, la situación es semejantes al anterior, solo que un porcentaje mayor posee estudios secundarios y un porcentaje menor posee estudios primarios y superiores.

Lugar de residencia del sujeto de estudio:

A los fines de abordar la prevención desde una perspectiva integral, es necesario tomar conocimiento de todos los ámbitos de socialización tanto primarios como secundarios, donde los adolescentes de la población educativa, de 8vo 1ra, desarrollan su vida cotidiana.

En relación a los ámbitos de socialización secundaria, se considera el análisis del ámbito comunitario permite el conocimiento de la complejidad de cada

individuo y el peso que ejercen en el sujeto los factores psicológicos y ambientales.

Los alumnos del curso 8vo 1ra, sujeto de estudio y sujeto de la intervención residen en los siguientes Departamentos de la Provincia de Gran Mendoza:

Guaymallén:	31,25 % de los alumnos de la población educativa de 8vo. 1ra
Las Heras:	28,13% de los alumnos de la población educativa de 8vo. 1ra
Capital:	25,00% de los alumnos de la población educativa de 8vo. 1ra
Godoy Cruz:	9,38 % de los alumnos de la población educativa de 8vo. 1ra
Lujan de Cuyo:	3,15% de los alumnos de la población educativa de 8vo. 1ra
Maipú:	3,15% de los alumnos de la población educativa de 8vo. 1ra

Fte: “Datos brindados por la Preceptora asignada a 8vo 1ra.:Roxana Bazán. Escuela Normal superior “Tomás Godoy Cruz”. Nro. 9-002”.

1.4 Diagnostico del consumo de droga en la población educativa.

Para la construcción del presente diagnostico, se utiliza el instrumento de “encuesta”, con el fin de poder facilitar la construcción del conocimiento y determinación de la problemática, debido a que se trata de conductas que seria imposible de determinar por otros medios, como por ejemplo de técnica de observación.

El instrumento de medición e interpretación de datos es aplicado a los alumnos de 8vo 1ra, de la Escuela Normal Superior; “Tomas Godoy Cruz”.

Participan en la implementación de este instrumento 28 alumnos, lo que equivale al 100% de la población de muestra.

Este diagnóstico busca hacer una medición de la situación del consumo y la detección del inicio precoz del consumo de drogas, como también de factores protectores y factores de riesgo ante el consumo, en los alumnos de la población educativa, respondiendo a variables que se consideran que intervienen en la dinámica y desarrollo de la problemática.

Las variables contenidas en el diagnóstico de la población educativa, en relación al consumo de drogas son:

- ✓ Conocimiento de las drogas.
- ✓ Representación social de las drogas
- ✓ Consumo de droga lícitas.
- ✓ Consumo de drogas ilícitas.

Variables predictoras:

- ✓ Influencia del grupo de iguales
- ✓ Consumo de droga del grupo de iguales.
- ✓ Consumo de drogas en la familia
- ✓ Disponibilidad de droga en los ámbitos de socialización (escuela y barrio).

La representación social de los jóvenes de la población educativa en relación al "objeto droga", se enviste de diferentes conceptos construidos por los adolescentes en su imaginario social y colectivo, en su mayoría en mención a la ilegalidad de las mismas. Desde esta representación social también es posible hacer análisis, de la presentación aunque en un menor porcentaje, de la población total (28,57%), de la consciencia de los daños que las drogas producen en el organismo.

La representación social de las drogas, en los alumnos de la población educativa, se compone por los siguientes conceptos: *(Datos obtenidos de la encuesta trabajada con los alumnos de 8vo 1ra de la Escuela Normal Superior: "Tomás Godoy Cruz"; octubre del 2012).*

- Sustancias ilegales o tóxicas 32,14%
- Vicio o adicción (palabra que representan como sinónimos) 28,57%
- Algo que mata 14,29%
- Una planta 7,14%
- Drogas ilegales malas y legales buenas 7,14%
- Pastillas 3,57%
- Un placer 3,57%
- Ns/Nc 3,57%

Podemos observar que en los conceptos, a los que hacen mención los jóvenes, para explicar su comprensión sobre las drogas, existe una mayor porcentaje de alumnos que asocian este término con sustancias ilegales, es decir con aquellas drogas de venta y comercialización prohibida por el Código Penal de la Nación Argentina y leyes derogadas, por lo que la representación social de las drogas está relacionada con la legalidad de las mismas.

Las drogas son entendidas como un objeto peligroso, lo que podría entenderse como un factor protector ante el consumo de drogas ilegales, ya que reconocen en el objeto un factor dañino para la salud, pero solo asociado con las drogas ilegales.

El factor de riesgo en relación a la representación social de las drogas se presenta en relación con la legalidad de las mismas ya que son visibles los índices de experimentación y consumo ocasional de drogas legales, como alcohol y cigarrillos, esto puede estar asociado al no reconocimiento de estas sustancias como drogas legales, por parte de los adolescentes de la población educativa.

La representación del objeto droga por la ilegalidad de las mismas es del 100% de los alumnos, antes la pregunta ¿Qué drogas has escuchado mencionar? en sus respuestas mencionan al menos dos de las sustancias o drogas ilegales mencionadas a continuación: Marihuana (cual también mencionan como faso y porro) Cocaína (cual también mencionan como merca o alita) Pasta base (paco), Poxirrán, Crack, Heroína, Morfina, Efedrina.

Asocian y representan, en estas drogas, una sustancia que produce un efecto nocivo en la salud y asocian que su consumo conduce, desde una expresión fatalista, a la muerte. La representación del alcohol y tabaco como drogas es del 0% de la población educativa de estudio.

Si bien es un factor protector que los alumnos reconozcan las drogas ilegales como algo dañino y nocivo para la salud, puede observarse que dentro del imaginario social y colectivo no existe representación del alcohol y tabaco como drogas dañinas y nocivas para la salud.

Este no reconocimiento de las drogas desde una perspectiva de la legalidad de las misma produce que la experimentación con drogas legales sea mayor entre la población educativa.

En relación al consumo *de drogas licitas* se pudo observar que el consumo de tabaco, en los alumnos, es casi de la mitad de la población de estudio. El 43,00% de los alumnos de 8vo. 1ra, han probado cigarrillo, lo que se denomina consumo experimental.



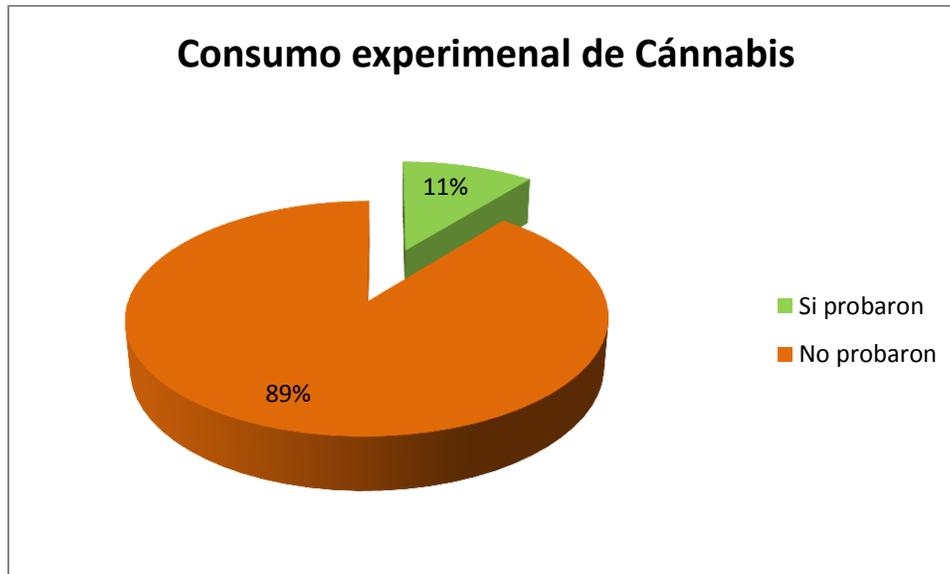
Fte.: Datos obtenido de la encuesta trabaja con los alumnos de 8vo 1ra de la Escuela Normal Superior: “Tomás Godoy Cruz”; octubre del 2012.

En relación al consumo experimental con el alcohol los datos se muestran aun más alarmantes, en relación a la experimentación con esta droga, ya que la mayoría de la población educativa ha probado alcohol, hablamos de un 86% de la población total de estudio.



Fte; Datos obtenido de la encuesta trabaja con los alumnos de 8vo 1ra de la Escuela Normal Superior: "Tomás Godoy Cruz"; octubre del 2012.

El consumo experimental con cánnabis (droga ilegal), es del 11% de la población, población que mantiene este consumo actualmente. No debemos desestimar este dato ya que hablamos de una población de 13 años de edad promedio, que transito de un consumo experimental a un consumo ocasional, con un alto porcentaje de probabilidades de convertirse en un consumo frecuente.

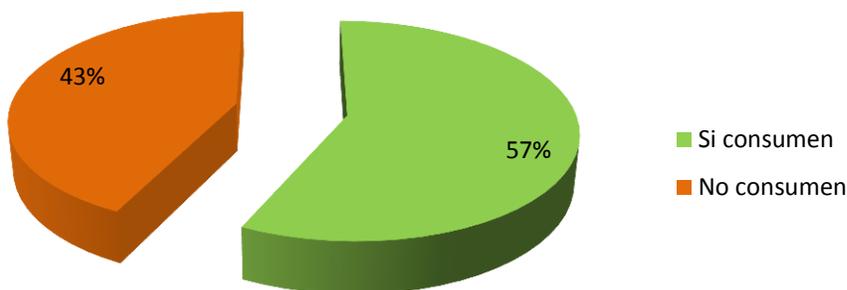


Fte. ;Datos obtenido de la encuesta trabaja con los alumnos de 8vo 1ra de la Escuela Normal Superior: "Tomás Godoy Cruz"; octubre del 2012.

En relación a lo anteriormente mencionado del transito de los jóvenes del consumo experimental al consumo ocasional de drogas, desde las respuestas obtenidas por la población educativa, podemos hacer análisis de como se mantiene los valores de la experimentación en relación al consumo de marihuana y en relación al alcohol este patrón solo disminuye 1/3, por lo que podemos decir que los jóvenes que probaron marihuana mantienen un patrón de conducta de consumo ocasional de las mismas, y mas de la mitad de la población que probó alcohol mantiene los mismo patrones que con la droga anterior.

Cabe aclarar que por consumo ocasional se entiende cuando el adolescente luego de haber realizado el consumo experimental continua utilizando la droga con una frecuencia de consumo esporádica, en este patrón de consumo los jóvenes no buscan directamente la droga pero si se relacionan con grupo o personas que pueden proveerlos, datos que alarman cuando se analiza el consumo en el grupo de amigos, dado que este consumo duplica su valor y aparece en el consumo de cocaína.

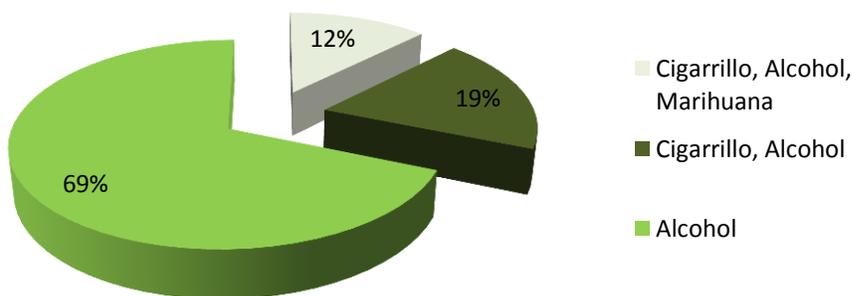
Consumo ocasional de drogas



Fte: Datos obtenido de la encuesta trabaja con los alumnos de 8vo 1ra de la Escuela Normal Superior: “Tomás Godoy Cruz”; octubre del 2012.

Esta población que mantiene un consumo ocasional comprende el 57% de la población total encuestada, ese relaciona en su mayoría con el consumo de alcohol, en segunda medida con tabaco y alcohol y por ultimo un 12% con consumo de alcohol, cigarrillos y marihuana. A las dos últimas categorías se las denomina policonsumo.

Consumo ocasional de drogas legales e ilegales



Fte. Datos obtenido de la encuesta trabaja con los alumnos de 8vo 1ra, de la Escuela Normal Superior: “Tomás Godoy Cruz”; octubre del 2012.

Los porcentaje de consumo por parte de los alumnos de 8vo 1ra, muestran una población con un inicio precoz en el consumo de drogas tanto legales como el alcohol y el cigarrillo, como con drogas ilegales como la marihuana.

El presente diagnóstico basa su estudio y conocimiento en la teoría del consumo de drogas basado en la multicausalidad, por lo que a continuación se presenta un análisis del consumo de drogas en relación a los distintos grupos de socialización y ámbitos donde los adolescentes de la población educativa desarrollan su vida cotidiana.

Se considera en este análisis la presencia de drogas y consumo en la familia, el grupo de pertenecía o grupo de iguales (amigos), la escuela y la comunidad o barrio, estos distintos espacio de socialización tienen una gran influencia en la construcción de la subjetividad, representación social y tendencias que aumentan las posibilidades de consumo por lo que su análisis nos lleva a la detección de factores de riesgo en el inicio precoz del consumo de drogas en estos ámbitos.

La construcción de la subjetividad, se da en las relaciones sociales, a través de los cuales se introduce en la sociedad, asumiendo como suyos, valores normas, significados que le son trasmitidos al sujeto desde su contexto de interacción social. Desde la interacción con otros sujetos estos comparten su mundo objetivo y simbólico, sus otros significantes

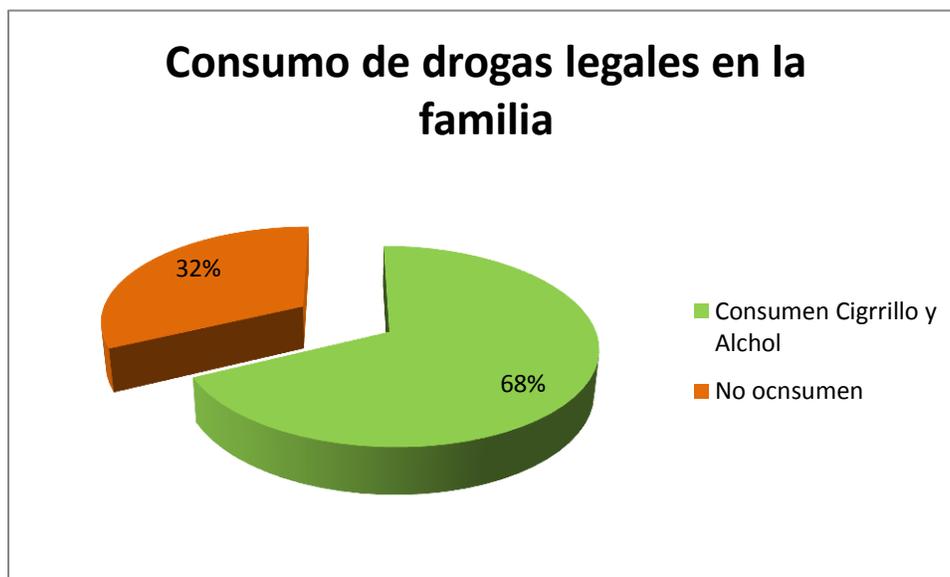
Kurt Lewin¹⁰⁴ (1890-1947) emplea gran esfuerzo en desarrollar y demostrar su hipótesis sobre la inserción del individuo en grupos sociales y la importancia fundamental de estos para el mismo, para este autor el grupo es la base sobre la que se sostiene el individuo influyendo directamente en su forma de estar en el mundo.

La familia es el primer grupo social al que el individuo pertenece y donde aprende a convivir. Es una estructura abierta que se adapta a la cultura en la que

¹⁰⁴ Souza Fátima Cruz; "Psicología Comunitaria"; Colección Hvmánitas 2000 , serie intervención social . pág. 25. Año: 2000.

vive, que esta en permanente conexión con esta y realiza la trasmisión de dicha cultura a las nuevas generaciones.

El consumo de drogas en la familia es considerado un factor de riesgo para el inicio precoz del consumo, siendo este ámbito, un ámbito de cotidianidad donde el consumo de sustancias legales puede llevar a la naturalización de la relación con el objeto. En la población educativa abordada el 68% de las familias consumen alcohol y cigarrillo frente a un 32% en el que no se presenta en consumo de las mismas.



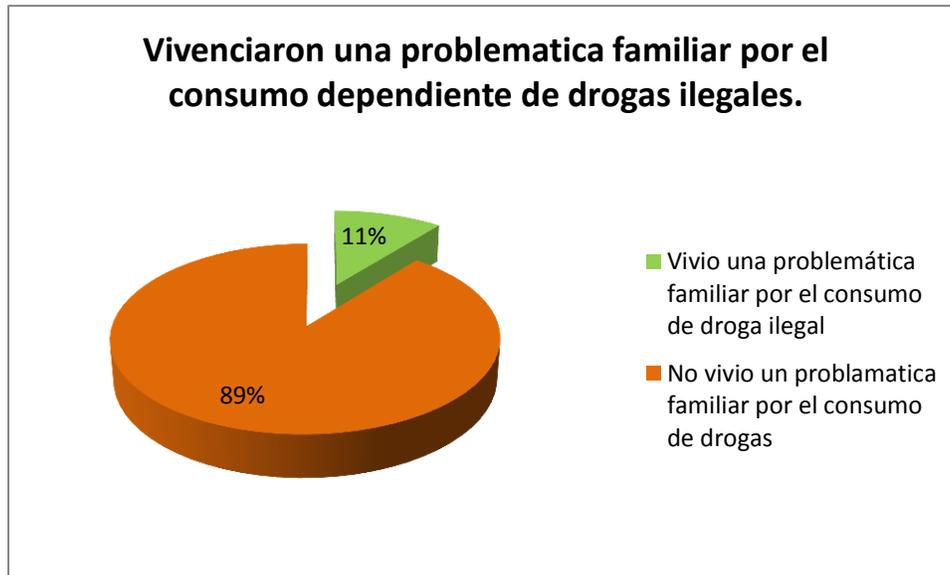
Fte. Datos obtenidos de la encuesta trabajada con los alumnos de 8vo 1ra de la Escuela Normal Superior: "Tomás Godoy Cruz", octubre del 2012.

El hecho que exista consumo de drogas legales en la familia no debe considerarse un factor determinante en relación al consumo de drogas ilegales, por parte de los jóvenes de la población educativa, debido a la instalación de estas drogas en la cultura actual, por la influencia que los medios de comunicación generan en la promoción de este tipo de conductas.

Entendiendo que los alumnos comprenden por droga o relacionan en su imaginario social esta palabra con drogas ilegales, lo que permite concluir que ante la pregunta de existencia de problemáticas relacionadas con el consumo en el

ámbito familiar, esta sea relacionada con problemáticas en el consumo de drogas ilegales.

Un 11% de la población manifiesta haber tenido una problemática de consumo de droga en la familia, entendiendo que se ha dado, desde lo anteriormente mencionado, en relación al consumo dependiente de drogas ilegales.



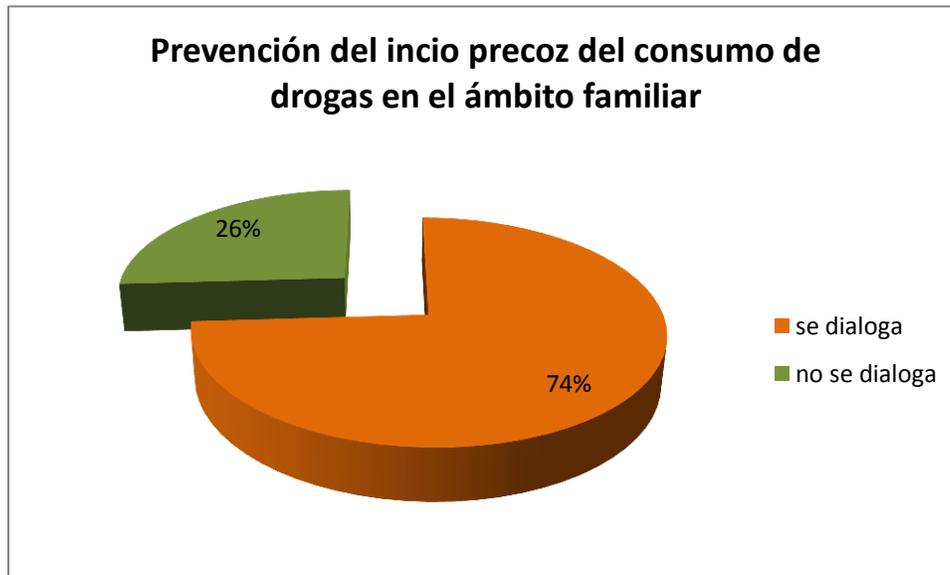
Fte. Datos obtenido de la encuesta trabaja con los alumnos de 8vo 1ra de la Escuela Normal Superior: "Tomás Godoy Cruz"; octubre del 2012.

Un factor protector del inicio precoz del consumo de drogas contemplado en ámbito de familiar, es el dialogo y el debate de esta problemática en el ámbito familiar, un 74% de las familiar de la población de estudio mantiene dialogo y habla sobre esta problemática con sus hijos.

La familia es un espacio de crecimiento y aprendizaje para todos sus miembros, en el que los padres pueden actuar como agentes de prevención del consumo de drogas.

No debemos dejar de lado que la prevención desde el ámbito familiar no es una tarea aislada, si no coordinada con la actuación que desde otros ámbitos y

con otros perfiles de agentes preventivos se pueden generar incidiendo en la labor dirigidas a los hijos, estamos hablando de la escuela y la comunidad.



Fte. Datos obtenido de la encuesta trabaja con los alumnos de 8vo 1ra de la Escuela Normal Superior: "Tomás Godoy Cruz"; octubre del 2012.

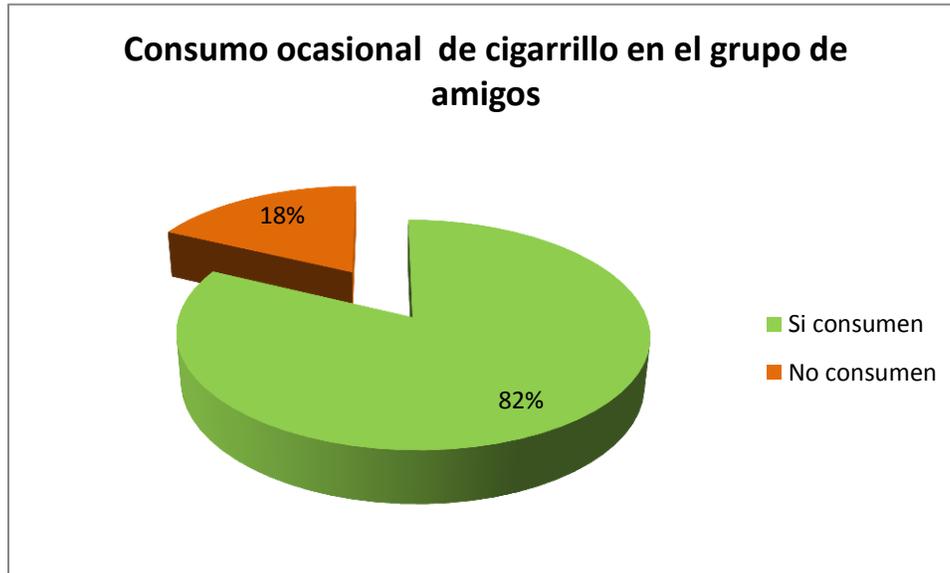
El segundo grupo de socialización contemplado en el presente análisis es la presencia de consumo de drogas en el grupo de iguales. Este análisis se fundamenta en la influencia de este grupo en la construcción del psiquismo y del desarrollo de la subjetividad de los adolescentes, ya que en este ellos buscan identificarse y hacer construcción de su identidad, este ámbito genera una gran influencia en la constitución de la personalidad de los jóvenes.

El consumo de drogas dentro del grupo de iguales es considerado un factor de riesgo de gran importancia en la adolescencia, por la identificación que se produce en los adolescentes en este grupo, como se menciona anteriormente.

El consumo ocasional de cigarrillo y el consumo de alcohol, en el grupo de amigos, muestra índices alarmantes, para ambas drogas legales. El consumo de drogas legales en el grupo de amigos, es del 82%.

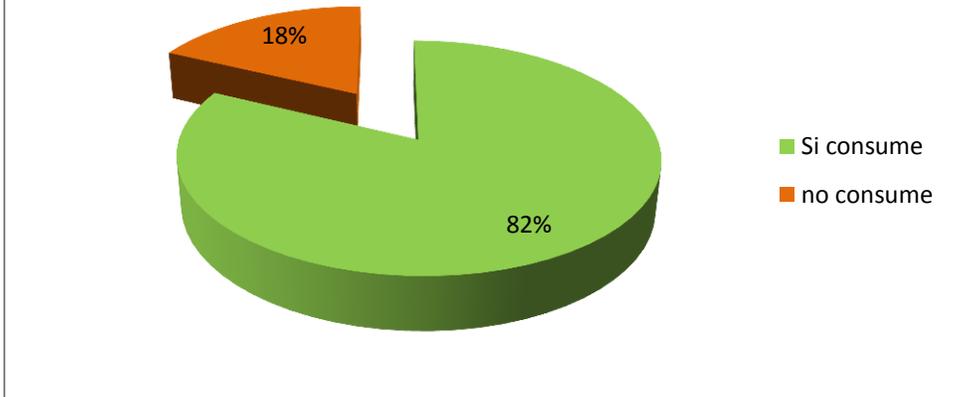
Esto nos permite interpretar que la mayoría de los alumnos de la población educativa tienen amigos que consumen en forma ocasional cigarrillo y alcohol (policonsumo).

El alcohol sigue siendo impulsado e incentivado por campañas publicitarias, además de la facilidad con las que cuentan los menores de edad para la compra de bebidas. En relación al cigarrillo si bien se están tomando medidas de prevención del consumo de esta droga legal, pasara tiempo antes de poder hacer análisis de la disminución del consumo de esta droga legal tan nociva para la salud.



Fte. Datos obtenido de la encuesta trabaja con los alumnos de 8vo 1ra de la Escuela Normal Superior: "Tomás Godoy Cruz"; octubre del 2012.

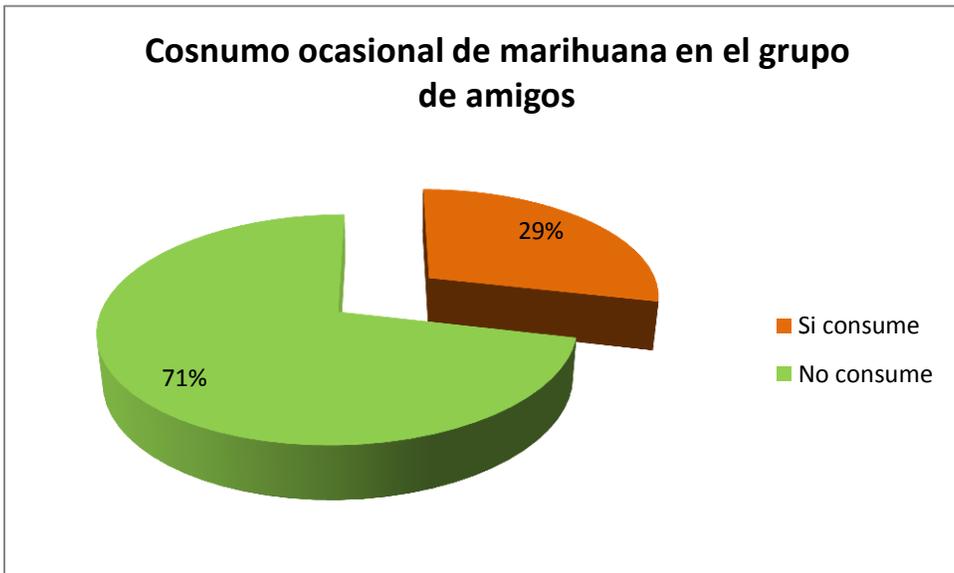
Consumo ocasional de alcohol en el grupo de amigos



Fte. Datos obtenido de la encuesta trabaja con los alumnos de 8vo 1ra de la Escuela Normal Superior: "Tomás Godoy Cruz"; octubre del 2012.

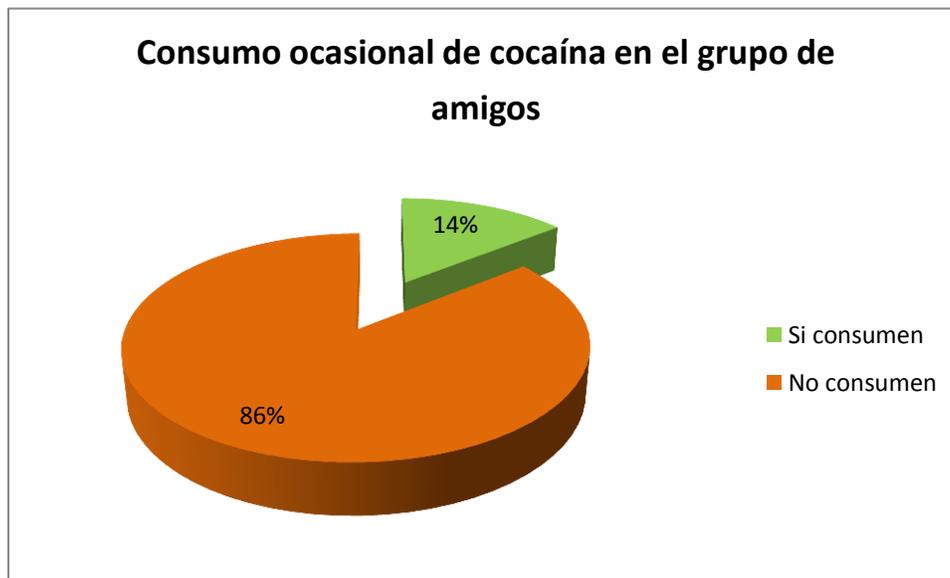
El consumo ocasional de cannabis, en el grupo de amigos, muestra índices que no son menores, un 29% sostiene tener amigos que consumen esta droga ilegal.

Cosumo ocasional de marihuana en el grupo de amigos



Fte. Datos obtenido de la encuesta trabaja con los alumnos de 8vo 1ra de la Escuela Normal Superior: "Tomás Godoy Cruz"; octubre del 2012.

Un índice que aparece a través de la encuesta desde una pregunta intencional y realiza de forma abierta, para la expresión del consumo de drogas que no hagan a la categoría de drogas blandas, antes mencionadas (alcohol, tabaco, marihuana). Aparece en el grupo de amigos de la población educativa el consumo ocasional de cocaína, un 14% de la población manifiesta tener amigos que consumen esta droga ilegal de grandes consecuencias, por los patrones de consumo que esta genera en el sujeto debido a la adicción a la misma.



Fte. Datos obtenido de la encuesta trabaja con los alumnos de 8vo 1ra de la Escuela Normal Superior: "Tomás Godoy Cruz"; octubre del 2012.

No debemos olvidar que hablamos de una población educativa de tan solo 13 años de edad promedio, que ya muestra serios índices de experimentación de consumo con drogas legales y índices de consumo ocasional alarmantes en el grupo de amigos.

El tercer espacio de socialización, contemplado en el diagnostico es el que hace a las vivencias en la vida cotidiana en la proximidades a al institución educativa, para ello abordaremos la presencia de consumo de drogas legales e ilegales, cerca de la escuela.

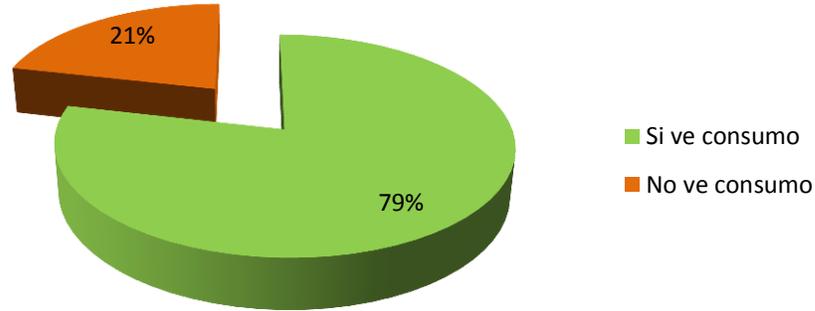
La incorporación de esta categoría en el análisis radica en que el concepto de enfermedad mental, basado en causa intrapsíquica e individualista es fuertemente cuestionado, y se ha evolucionado, hacia una comprensión mas social de la salud mental, en el que la influencia ambiental es determinante en la configuración del psiquismo.

En el ámbito educativo y sus espacios exteriores los adolescentes día a día comparten vivencias y se relacionan intersubjetivamente, en este ambiente, con el consumo de drogas.

Esto es considerado un factor de riesgo para los jóvenes en relación al inicio precoz del consumo de drogas, en este ámbito de desarrollo de la vida cotidiana y construcción de la subjetividad es alarmante tanto en el consumo de alcohol como el consumo de marihuana, presente en las proximidades a la instalación de la institución educativa, un 75% de los alumnos sostiene ver consumo de marihuana cerca de la escuela o en la plaza (Ubicada frente a las instalaciones de la institución educativa, Plaza Independencia).

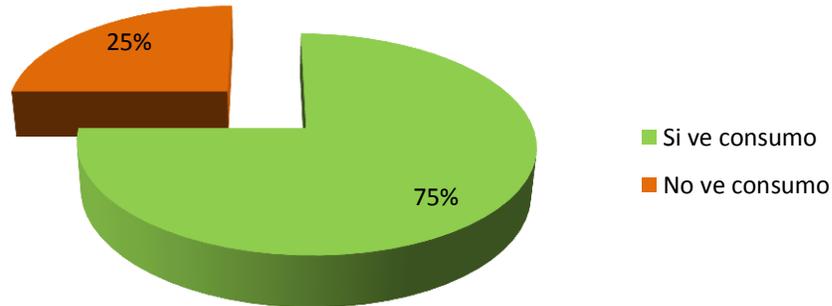
Esto puede ser interpretado como un factor de riesgo muy importante al considerar la prevención del inicio precoz en el consumo de droga, la presencia de droga en los espacios de socialización y el ambiente donde los jóvenes desarrollan su vida cotidiana, amerita la consideración de esta problemática en la sociedad Mendocina.

Consumo de alcohol en las proximidades del ámbito educativo



Fte. Datos obtenido de la encuesta trabaja con los alumnos de 8vo 1ra de la Escuela Normal Superior: "Tomás Godoy Cruz"; octubre del 2012.

Consumo de marihuana en las proximidades del ámbito educativo



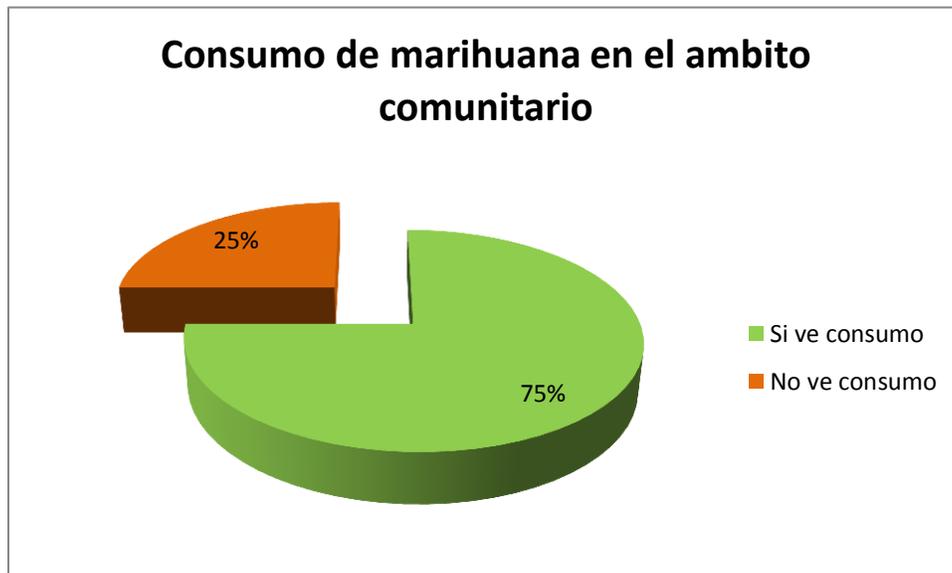
Datos obtenido de la encuesta trabaja con los alumnos de 8vo 1ra de la Escuela Normal Superior: "Tomás Godoy Cruz"; octubre del 2012.

El cuarto ámbito de socialización contemplado en el presente diagnóstico, en relación a la prevención del inicio precoz del consumo de drogas, es la presencia y consumo de drogas en el ámbito comunitario. El consumo de drogas y la presencia de drogas en la comunidad o ámbito de pertenencia territorial

muestra índices alarmantes, no solo por la presencia de consumo de drogas legales en espacios públicos, si no también por la presencia y consumo de drogas ilegales en este espacio, como se menciona anteriormente esto tiene una gran influencia en la construcción del psiquismo y debe ser tomado como un factor de riesgo alarmante y significativo si se quiere reducir los índices de inicio precoz en el consumo de drogas por parte de la juventud.

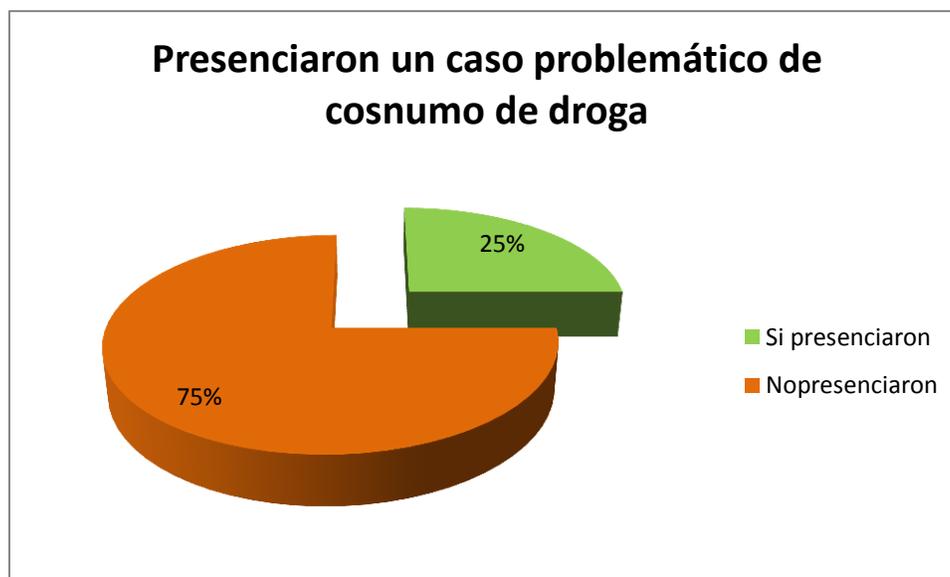


Fte.: Datos obtenido de la encuesta trabaja con los alumnos de 8vo 1ra de la Escuela Normal Superior: “Tomás Godoy Cruz”; octubre del 2012.



Fte.: Datos obtenido de la encuesta trabaja con los alumnos de 8vo 1ra de la Escuela Normal Superior: “Tomás Godoy Cruz”; octubre del 2012).

Dada la representación que la población educativa tiene en relación a las drogas con la ilegalidad de las mismas, se puede interpretar que cuando se les pregunta si presenciaron un caso problemático de consumo de drogas se relaciona con consumo de drogas ilegales, el 27% de estos manifiesta haber presencia una problemática de consumo en algún ámbito de su vida cotidiana.

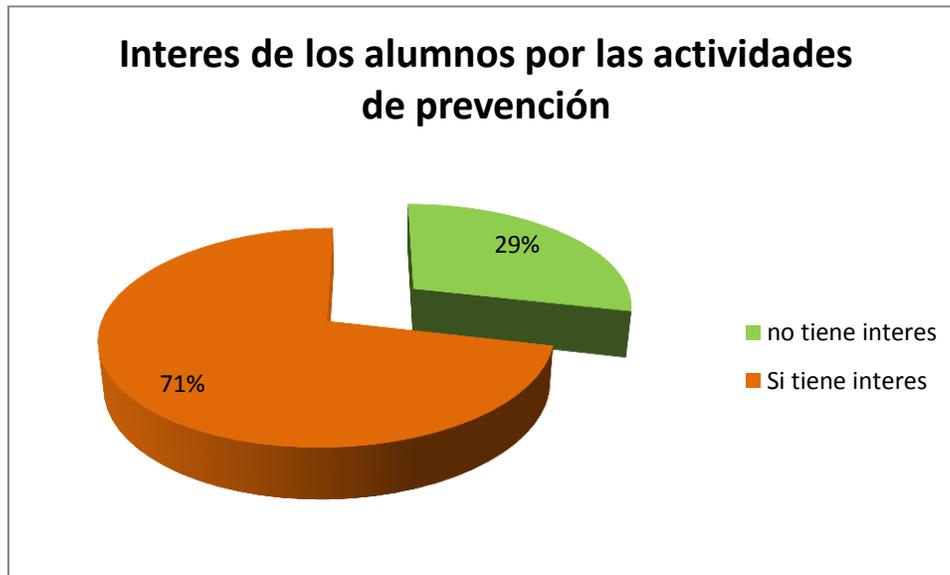


Fte. Datos obtenidos de la encuesta trabajada con los alumnos de 8vo 1ra de la Escuela Normal Superior: "Tomás Godoy Cruz"; octubre del 2012.

En conclusión podemos diagnosticar, a la población educativa de estudio, como una población de riesgo ante el inicio precoz de consumo de drogas, por lo que la prevención se la denomina selectiva, es decir, a través de la detección del problema se deben evitar consecuencias mayores y complicaciones posteriores, por ende esta detección precoz debe permitir evitar la consolidación de uso problemático de las drogas. La prevención, en esta población, en función de lo anteriormente mencionado, debe ser específica.

A los fines de la construcción del diagnóstico con miras a la intervención se quiso tener conocimiento en relación a la importancia que los adolescentes de la población educativa dan a esta problemática y su motivación de presenciar actividades preventivas del consumo de drogas. En relación a esto los datos obtenidos son positivos ya que un 71% de los jóvenes está interesado en

reconocer las consecuencias del consumo de drogas y presenciar el taller de prevención.



Fte. Datos obtenido de la encuesta trabaja con los alumnos de 8vo 1ra de la Escuela Normal Superior: “Tomás Godoy Cruz”; octubre del 2012.

1.5 Estrategia Metodológica de la prevención del consumo de drogas

1.6 Hipótesis de Acción:

1.6.1 La intencionalidad del Proyectos de prevención:

La intencionalidad presente en el proyecto de prevención del inicio precoz del consumo de drogas, da cuenta de la finalidad y la realidad nueva que se requiere construir, a partir de la implementación de este proyecto, es la intencionalidad de cambio a más largo plazo. La presencia de esta intencionalidad de cambio social y la voluntad de colaborar a su realización, es lo que se pretende con las experiencias preventivas que se llevan a cabo.

Alude a la situación nueva que se desea crear, o a la que se quiere llegar a través de la implementación del proyecto de prevención, en el inicio precoz del consumo de drogas, en la población educativa:

“Se debe evitar el consumo precoz de droga en la población educativa, promoviendo un cambio en la representación social de la droga y su consumo, a través de estrategias de basadas en el desarrollo de habilidades sociales, habilidades genéricas para la competencia individual y la interacción social, y estrategias de trasmisión de información de la consecuencia del consumo de drogas, buscando concientizar sobre los daños que producen las drogas y los factores negativos de su consumo.”

1.6.2 EL área de incidencia

El área de incidencia de la implementación del proyecto de prevención en el inicio precoz del consumo de drogas, permite el análisis de los elementos comunes al problema central, se construye a partir de relaciones acotadas que permiten construir el problema a que se apunta mejorar.

“Los jóvenes de la población educativa que presentan factores de riesgo en el inicio precoz del consumo de droga”.

1.6.3 Proceso eje:

Constituye el conjunto de acciones que se realizan para producir las transformaciones que se suponen necesarias, y así crear la nueva situación social explicitada en la intencionalidad del proyecto de prevención del inicio precoz del consumo de drogas.

Dentro de los procesos, en este caso del proyecto de práctica proceso educativos, el eje fundamental y determinante, que da sentido a la práctica de prevención del inicio precoz del consumo de drogas es:

“Proceso grupal que permite la prevención, reflexión y concientización, de los daños, que el consumo de droga producen en el en la salud, entendida desde una concepción biológico, psicológico y social, del sujeto”.

1.6.4 Proceso de apoyo al proyecto de prevención del consumo de drogas:

“Realización de dinámicas grupales, juegos a través de técnicas de grupo, afiches, folletos, talleres de prevención y concientización, charlas informativas, entrega de manuales de prevención para docentes y padres”.

“Los alumnos de la escuela Normal Superior “Tomás Godoy Cruz” presentan un alto índice de inicio precoz del consumo de droga y factores de riesgo en el consumo precoz de drogas. Se conoce que las drogas ocasionan daños físicos, psíquicos, psicomotrices y disfunciones sociales, con carácter irreversible en muchos casos. Por todo ello se debe trabajar para generar factores protectores, promoviendo habilidades sociales en los adolescentes y buscando concientizar sobre los daños que las drogas generan, su adicción y dependencia”.

“Esto se realiza por medio de un proceso grupal que permite la prevención, reflexión y concientización de los daños que la droga produce en el sujeto, en relación a su salud y su vida social, a través de la realización de talleres, técnicas de grupo, afiches, charlas informativas, actividades de reflexión”.

1.7 Hipótesis Estratégica.

“Si se continua con la realización de afiches, juegos dinámicas de grupo, pega de lámina sobre la consecuencia del consumo de droga, debates, entrega de material para docentes y padres, se lograra una concientización más profunda y de mayor alcance que producirá una mejor calidad de vida en los adolescentes que concurren a la Escuela: Normal Superior: “Tomas Godoy Cruz”.

1.8 Fundamentación del proyecto de prevención del consumo de drogas:

El proyecto de intervención desde la prevención del consumo de drogas, que se presenta a continuación, nace de la necesidad de crear una intervención

profesional con base teórico metodológica, que responda a lo contextual y se sitúa en un paradigma de intervención y comprensión de la problemática.

Se elige la “Escuela” como espacio de intervención de la práctica preventiva y se la considera como un espacio de grandes posibilidad de mejorar la formación integral de los individuos, que permite canalizar actores de la prevención.

Desde la prevención del consumo de drogas en el ámbito escolar se pretende consolidar una dinámica de actuación preventiva, en el marco de la comunidad educativa, que tenga como inicio el propio centro escolar, con miras a una posible extensión hacia su entorno próximo.

Dicho proyecto de intervención desde la prevención específica, ha sido diseñado con el propósito de fortalecer aquellos factores protectores que constituyan el aspecto individual, sociocultural, familiar o interpersonal de los sujetos, disminuyendo el uso y abuso de sustancias dentro del grupo de jóvenes que concurren a la escuela secundaria “Normal Superior: “Tomas Godoy Cruz”.

Se considera un abordaje distinto de la intervención, no solo centrada en una prevención específica de la problemática del consumo de drogas dirigidas a la población educativa, si no también, una intervención fundamentada en las manifestaciones de la problemática en los grupos de socialización de los adolescentes, en lo contextual, que se fundamente en una investigación holística de la vida cotidiana de los sujetos, donde la problemática se manifiesta y se problematiza.

Desde el proyecto de intervención propuesto, la prevención es asumida de manera integral y la acción preventiva se dirige hacia los distintos elementos que intervienen en el problema. La intervención se conceptualiza desde los momentos propios de un proceso teórico metodológico, de la prevención, entendida como una tentativa científica dirigida a conocer los factores posibilitadores de un problema social o factores de riesgo, y a tratar reducir su

probabilidad de complejización y problematización, manifestada en la dinámica propia de ésta.

Es decir que a través de la prevención, no solo busca detectar el problema y evitar consecuencias mayores si no mas bien la detección del precoz del consumo de drogas para evitar la consolidación de un uso problemático del consumo de drogas, por lo que se dirige a un grupo de riesgo permitiendo definir a la prevención, como una prevención selectiva.

La modalidad de prevención a trabajar es una prevención específica ya que el conjunto de estrategias que enfocan su actuación hacia el fenómeno de las drogodependencias, centra su atención en la disminución de los factores de riesgo asociados al consumo de drogas y en la promoción de factores de protectores del consumo de droga. Por lo que las actividades a desarrollar en la intervención enuncian de forma explícita y directa la problemática del consumo de drogas, de la cual se hace participe al destinatario.

Las actividades a realizar en dicha Institución Educativa, se basan en tres estrategias preventivas, estrategias centradas en la difusión de información, estrategias basadas en la influencia social, y estrategias basadas en el desarrollo de habilidades genéricas para la vida y de interacción social, todas ellas ejecutadas desde en un metodología interactiva, de implementación de las actividades.

El objetivo de las estrategias centradas en la difusión de información tiene por objetivo que los alumnos de la institución tengan un conocimiento sobre lo que son las drogas y los efectos que producen en el sujeto.

No obstante, la información a trabajar en las actividades basadas en esta estrategia busca ser objetiva, realista y adaptada a la población para la que se ha elaborado, el efecto deseado es el de la sensibilización del colectivo destinatario y un posible cambio de actitudes.

Cabe destacar que las actividades dirigidas a proporcionar información sobre las sustancias contemplan, que para que esta información adquiriera un valor preventivo, buscar la participación activa de sus destinatarios en su elaboración y discusión, así también buscando evitar ser percibida como parcial y distorsionada.

Las actividades desarrolladas dentro de la estrategia de información serán basadas en una metodología interactiva por lo que se busca crear un espacio propicio para el dialogo y la escucha de las demandas de los alumnos se buscara responder sus dudas e inquietudes.

Las estrategias basadas en la influencia social busca desarrollar un proceso de influencia social y desarrollar habilidades de resistencia y rechazo. En las actividades a realizar se busco utilizar recursos materiales creativos, novedosos, que capten la atención implantación del alumno.

Las estrategias basadas en el desarrollo de habilidades genéricas para la competencia individual y la interacción social busca que los alumnos adopten un control propio, tomen una decisión.

Las actividades, que responden a las estrategias anteriormente mencionadas, buscan que los adolescentes, las desarrollen activamente desde preguntas y respuestas, hacia ellos y de ellos mismo; solicitar feedback sobre la información transmitida ofrece a los alumnos la disposición para cualquier pregunta que surja, hazles pensar antes de informar; durante la información intercalar preguntas que susciten la reflexión, por lo que decimos que las desarrollamos desde un metodología interactiva .

En las actividades se utilizar recursos materiales, creativos, novedosos, que capten la atención de los alumnos de la institución, ya que los medios que se utilizan condicionan la eficacia del mensaje.

1.9 Objetivos del proyecto de prevención del consumo de drogas.

El proyecto de intervención responde a la hipótesis de acción anteriormente desarrollada, este da cuenta del proceso eje y esto queda plasmado en las actividades que en el mismo se trabajan.

Cada proyecto define un problema central que se requiere enfrentar distinguiendo entre objetivos *principales y secundarios*. Desde los aportes de Nidia Alywin de Barros¹⁰⁵, los objetivos pueden definirse como límites deseables a alcanzar en un periodo determinado de tiempo, a los que se procura llegar a través de acciones organizadas en el proyecto, y por medio de la utilización de recursos determinados. Los objetivos son requisitos previos para dar sentido a la acción, sin los cuales cualquier esfuerzo se gastaría y disiparía en un activismo que terminaría anulándose así mismo.

Objetivo General:

“Fortalecer factores protectores, en el inicio del consumo de drogas, en el ámbito educativo de la Escuela Normal Superior Tomas Godoy Cruz”.

Objetivos Específicos:

Los objetivos específicos presentes en el proyecto de intervención desde la prevención en el consumo de droga son:

- 1- Que los alumnos tomen conciencia de que el consumo de droga perjudica seriamente la vida.*
- 2- Que los alumnos reflexionen críticamente de como las drogas afectan las relaciones sociales, las emociones y vínculos de la vida cotidiana.*
- 3- Que los alumnos reconozcan algunas de las consecuencias que el consumo de drogas produce en nuestro organismo.*
- 4- Fomentar el no consumo de drogas.*

¹⁰⁵ Alwin de Barros, Nidia; "Un enfoque operativo de la metodología de Trabajo Social. Ediciones Lumen Hvmánita. Año 1999.

1.10 Análisis cualitativo de la prevención del consumo de drogas en el ámbito educativo

El proyecto de intervención basado en una prevención secundaria del consumo de drogas es pensado desde el diagnóstico de la población educativa, en relación a la detección precoz del consumo, como así también es desde el análisis de éste, que se pudo determinar las estrategias de prevención más convenientes, a desarrollar en la población educativa, cuales se basaron en estrategias de habilidades sociales y estrategias de transmisión de información de las características de las drogas y las consecuencias de su consumo.

Ante el diagnóstico de la representación social de las drogas por la ilegalidad de las mismas, los talleres de prevención buscaron concientizar a los jóvenes sobre las consecuencias del consumo de drogas legales en el organismo y el cambio de la representación hacia la incorporación de drogas legales, como drogas susceptibles de generar dependencia.

- *¿Y que mas en relación al alcohol y el tabaco?*
- *Que eran drogas*
- *¿Muy bien algo que no sabían no y relacionan las drogas con la ilegalidad de las drogas?*
- *Claro*
- *¿Y ahora quede refutado que el alcohol y el tabaco también eran drogas por que también generaban una dependencia no?*
- *Si*

En relación a los objetivos buscado por el proyecto de prevención del consumo de drogas, podemos decir que en relación al objetivo de buscar que los alumnos reconozcan que el consumo de droga perjudica seriamente la vida y genera situación conflictivas en los ámbitos de socialización, se logro la comprensión de esto gracias a el "taller basado la película" cual mostraba las problemáticas familiares, con el grupo de amigos y situación de delincuencias por

las que atraviesa el joven protagonista debido al consumo de drogas, siendo el consumo del protagonista de la película un consumo problemático de drogas.

Desde esta actividad se busco mostrar situaciones conflictivas por las que atraviesa el joven en su vida cotidiana, haciendo problemáticas sus relaciones interpersonales como consecuencia del consumo de drogas.

- *¿Qué te parecieron las actividades que desarrollamos?*

- *Me parecieron buenas por que por ahí hay cosas que yo no sabia, y me entere en el momento, o por ahí hay drogas que uno no conoce, o una realidad que pasa con las drogas que no las conocía.*

- *¿Cuál es el tema que mas te gusto y porque o la actividad?*

- *La actividad que más me gusto fue ver la película, por que es algo que refleja la realidad, es un espejo de lo que pasa en la vida cotidiana de las personas, es en lo que cae la mayoría de los jóvenes, es un juego y después de un tiempo se convierte en realidad.*

-*¿Qué recomendarías a tu compañeros para que no consumieran?*

-*Y les diria que...heee ... se le acabarían todas sus mentas a largo plazo, que por ahí as ideas que tengan en un futuro no las tendrían por que las drogas los llevaría a perder esas cosas, puedes perder a tu familia, puedes perder todo por la droga.*

-*¿Esto lo aprendiste con las película un poco?*

-*Si.*

El tercer objetivo del proyecto de intervención fue que los jóvenes reconocieran los daños que el consumo de drogas produce en nuestro organismo, esto fue realizado por medio de un "taller de prevención del consumo de drogas basado en la estrategia de trasmisión de la información de las características de las drogas y las consecuencias de su consumo".

Esta actividad permitió que los jóvenes objetivaran las drogas legales e ilegales, tomaran conciencia de las consecuencias que el consumo de drogas produce en la salud de las personas, como así también poner en evidencia que si bien la sobredosis y la muerte es la ultima consecuencia producida por el consumo

de drogas, se mostro que los distintos patrones de consumo también afectan nuestro organismo en distinta medida y aun dependiendo de la nocividad de las sustancia todas las drogas generan dependencia y daños irreversibles en nuestro organismo .

-¿Crees que después de haber participado de las actividades puedas evitar el consumo de drogas.

-Si.. si. Si por que por ahí uno se informo mas de lo que podía llegar a pasar con las drogas, por ahí hay cosas que yo no sabia y que si me las llegaban a preguntar en la calle yo no podía decir.. he si me llegaban a pedir una droga o a dar una droga yo no sabia que contestar por que por ahí yo no las conocía y ahora las conozco un poco mas.

-¿Consideras que el tema presentado sobre la prevención del consumo de drogas es importante para vos?

-Si por que en un futuro cercano o lejano, es como que tendríamos una idea mejor de la droga para el momento en que nos lleguen a preguntar se queremos o al momento de que queramos consumirla.

-¿Los talleres, crees que te dieron herramientas para saber tomar una decisión?

-Si por que nos muestra lo mal que nos hace, o sea en la medida que nos hacían mal y todo eso. Como que sabemos que no lo tenemos que hacer.

Por ultimo actividad realizada desde la clase de teatro basada en un técnica de actuación "sociodrama" esta busco fomentar en articulación con las anteriores activadas desarrolladas, el fomento del no consumo de drogas. En relación a esto considero que las actividades tuvieron llegada a los jóvenes, se logro sensibilizar sobre las consecuencias del consumo y la importancia de disfrutar de esta etapa "la adolescencia" y aprovecharla desde una vida sana.

-¿y que harían si te ofrecieran drogas? ¿Que dirías?

-Diría que no

-Y si por ejemplo debieras aconsejar a una compañera que le dirás?

-Que no lo haga que esta mal, que disfrute la vida, porque de alguna forma te estas matando

-¿Que recomendaciones les darías a tus compañeros para que no consuman drogas?

-Que tengan mucho cuidado por que la gente que hay ahí afuera nooo...ósea...una ves que lo tomas es una adicción ,y... se hace.. se hace una adicción y no salís mas y . Hay que tener mucho cuidado con eso y al principio hay que decir que no y listo, y es así.

Los talleres cumplieron con sus objetivos pero considero que para que la intervención en la prevención del inicio precoz del consumo de drogas sea efectiva, requiere de una continuidad en el abordaje y el compromiso de los establecimientos educativos en incorporar la prevención en la cuadrícula curricular.

Conclusión

La etapa de la adolescencia es altamente vulnerable al consumo y abuso de drogas, en esta etapa de la vida se generan una serie de tensiones y necesidades, donde el uso de drogas puede resultar atractivo y funcional para "solucionar", aparentemente, aquellos conflictos propios de esta edad.

En la Provincia de Mendoza el Centro Preventivo y Asistencial de Adicciones de Las Heras, muestra altos índices de edad promedio del inicio en el consumo de drogas ilegales a los 14 años de edad y menos, ya que el 48% de los pacientes que se encuentra en tratamiento, en este centro, afirman haber iniciado su consumo a esta edad, con el consumo experimental de marihuana y cocaína.

Enfrentar esta situación problemática, en relación al inicio precoz en el consumo de drogas, requiere el compromiso de toda la sociedad y las instituciones que la conforman: la familia, la escuela, los medios de comunicación; aunando esfuerzos para asumir esta problemática desde distintos espacios y disciplinas.

En materia de prevención, gana cada día mas campo el enfoque preventivo integral al momento de pensar la acciones preventivas, desde esto se entiende el consumo de drogas no como un "comportamiento aislado" en la vida del adolescente, sino como una conducta que tiene relación directa con su estilo de vida, la adaptación en cada una de las áreas de vida cotidiana, los procesos propios de la adolescencia, etc. Los comportamientos conflictivos y sus consecuencias, entre ellos el consumo de alcohol y/o drogas, pueden responder al proceso de búsqueda de identidad de esta etapa, en el cual todo está interrelacionado.

La prevención del inicio precoz del consumo de drogas, encuentra en las instituciones educativas, un espacio de posibilidades para la eficacia de la prevención del consumo a temprana edad.

La Organización Mundial de la Salud define a la escuela como: “un espacio con grandes potencialidades para la promoción de competencias psicosociales, para la educación en salud mental, para realizar intervención y para reconocer y orientar a un tratamiento profesional a los niños que lo necesitan”. Esto requiere, por lo tanto, que en los establecimientos educacionales se implementen estrategias que promuevan el desarrollo armónico de los adolescentes.

Las instituciones educativas permiten una gran posibilidad de atravesar las mayores instituciones de la vida social permitiendo canalizar actores de la prevención. La aproximación a los jóvenes y adolescentes con problemas de consumo de drogas debe empezar desde la dirección del establecimiento educacional, tomando conciencia del tema y buscando alternativas para abordarlo: se debe institucionalizar una política de prevención de drogas incorporada dentro del proyecto educativo, se debe comprometer a un equipo responsable de su implementación, insertar el tema como parte de la cuadrícula curricular, desarrollar programas específicos para cada nivel educativo, formar a los docentes de manera permanente, desarrollar acciones de prevención secundarias, e involucrar a las familias.

La prevención como una tentativa científica dirigida al conocimiento e intervención de la problemática del consumo de drogas responde a un modelo de prevención. Los distintos modelos de la prevención, se posicionan en distintos paradigmas del conocimiento. La praxis preventiva desde esta perspectiva responde a la percepción social que se tiene de la problemática, responde a un marco teórico valorativo estratégico, la manera en que se entiende el problema condiciona directamente sobre la forma de la que intervenimos en el.

Es eminente el cambio paradigmático en la prevención del consumo de drogas que en la actualidad se presenta, la fuerte presencia y aceptación de teorías sociológicas de interpretación y abordaje de la problemática, la legitimación en la práctica profesional, de corrientes de un paradigma interpretativo del conocimiento, que comienzan a consolidar este cambio epistemológico en la percepción del problema .

Este cambio paradigmático repercute en la comprensión del problema y por ende no solo en el campo de conocimiento de la prevención si no que también produce la modificación de la perspectiva teórico metodológica de abordaje de la prevención.

La práctica preventiva del consumo de drogas desde el ámbito educativo, realizada en esta tesis, se basa en un modelo socio cultural y psicosocial de la prevención, es una investigación acerca de la oferta preventiva existente, que permite seleccionar aquellas instancias acordes a la realidad de la población educativa, que se pretende intervenir, responde a un proceso teórico metodológico de la intervención social acorde a los modelos en los que se posiciona, modelo socio cultural y psicosocial.

La presente tesis busca que quede resignificada la posibilidad potencial que se obtiene de una praxis profesional de prevención, basada en modelos socioculturales y psicosocial, que parta de una comprensión social compleja de la problemática del consumo de drogas, como fundamento de una adecuada intervención social, donde se articule teorías sociales, elementos contextuales y se incorporen elementos sociológicos, económicos y culturales.

Si bien parece ser inminente el posicionamiento de los promotores de la prevención de las drogodependencias, desde concepciones de la prevención integral, en el discurso de los actores aun se sienten la concepción de pacientes de la intervención, en relación a un sujeto pasivo de la práctica preventiva y el abordaje, desde intervenciones que tienen una perspectiva de causa efecto de la prevención, con metas cuantificables, entre otros, que deben hacernos replantear los dilemas de la articulación practica-teoría existente en el campo de actuación de la prevención del consumo de drogas.

Si se quiere avanzar en el conocimiento de la prevención del consumo de drogas y las distintos elementos que hacen a su interpretación e intervención, será necesario replantarnos las posibilidades de la prevención desde una tarea constante de sistematización de la practica preventiva, por todo ello es que se

hace eminente la necesidad de posicionamientos metodológicos y distintas formas de documentación de las practicas preventivas, que permitan la sistematización de las prácticas actuales y el debate sobre la eficacia de estas.

La prevención como una tentativa científica debe partir de proceso teórico metodológicos definidos y claros, posicionados desde modelos de prevención que marcan un método de intervención y condicionan su accionar hacia el logro de determinados objetivos.

La práctica preventiva responde así a la concepción social dominante que se tiene del problema y no basta con saber las distintas teorías y miradas de la problemática, posicionándonos frente a una de ellas, si esto verdaderamente no tiene correlación con la praxis. La concepción social del problema, es determinante de la actuación preventiva y el cambio paradigmático influye en la articulación de ambas, en la articulación teoría practica, cual debe suscitar una forma teórico metodología de realización la prevención.

Bibliografía

Ander Egg, Ezequiel. Diccionario del Trabajo Social. Editorial: el ateneo. Pág.: 142-143- Año 1982.

Arnedillo Moreno Javier; Alicia Acero Achirica, Moreno Arnedillo Gorka, Sanches Pardo Lorenzo "La prevención de la drogodependencia en el tiempo de ocio"; Manual de formación. Imprime JUMA; Madrid, Año: 2002.

Bandura A. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall. Año: 1986.

Bandura A. *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. Año:1977.

Barg Liliana; "Lo interdisciplinario en salud mental"; Editorial Espacio; Bueno Aire pag. 107-108.

Becker, M. "The health belief model and illness behavior". *Health Education Monographs*,2, pag. 409-419. Año: 1974.

Becoña, Elisandro ; "Bases psicológicas de la prevención del consumo de drogas". Universidad de Santiago Compostela. Facultad de Psicología. Departamento de Psicología clínica y psicobiología España 2006.

Becoña, Elizandro. *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Editado por el Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Año: 1999.

Becoña, Iglesias Elisandro. . Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. *Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas*. Madrid, 1-477. Año: 2002.

Costa, M. Y López, E. "*Educación para la Salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida*". Editorial Pirámide. Madrid. Pp.23-28. Año: 1996.

Cuadernillo de Capacitación y de prevención en Adicciones Dirección General de Salud Mental. Plan Provincial de Adicciones Sedronar. Dirección de Prevención Sanitaria y Micro Hospital. Municipalidad de Guaymallen.. Septiembre del 2010. "Cuadernillo distribuido como material de capacitación para promotores de la salud".

Dirección General de Salud Mental. Plan Provincial de Adicciones Sedronar. Dirección de Prevención Sanitaria y Micro Hospital. Municipalidad de Guaymallen. *Cuadernillo de Capacitación y de prevención en Adicciones. Septiembre del 2010*.

Dr. Jorge Barandica; IV Seminario de Educación Sobre Adicciones; Programa Medios en la Educación, El diario en la escuela; Diario los Andes; Auditorio Dr. Adolfo Calle ; Publica diario los Andes ;Abril del 2007.

E. Berjano y Pons, Javier . El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: un modelo explicativo desde la psicología social, Madrid, Plan Nacional sobre Drogas.1999.

Elliot D., Huizinga D y Ageton S. (1985). *Explaining delinquency and drug use*. London: Sage.

Espada Sánchez José Pedro; "Eficacia de los programas de prevención escolar de drogas con metodología interactiva". Revista Salud y Droga / vol. 3 pp. 61-81. Instituto de investigación de drogo dependencia Alicante España. 2003.

Fernandez, M. (1998) "La adolescencia como problema". En tesis: La adolescencia en tanto encuentro con la muerte. Univercidad de Costa Rica.

Fishbein, M. y Azjen, I. (1975). *Belief, attitude and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.

Flay, B. R. y Petraitis, J. "The theory of triadic influence: A new theory of health behavior with implications for preventive interventions". *Advances in Medical Sociology*, 4, pp.19-44. Año: 1994.

García Silvia Mónica. "Problemática de la familia, niñez adolescencia y ancianidad. Documento de Catedra. Carrera: Lic. En Trabajo Social Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. U.N.C. Año: 2009.

Gonzales José Luis; "Psicoadic" Centro virtual para el tratamiento, la prevención de las adicciones y problemas actuales. Argentina. pp. 103-112. Año: 2010.

Hawkins, J. D., Catalano, R. F. y Miller, J. Y. . Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112, 64-105 .Año: 1992.

Hirschi, T. . *Causes of Delinquency*. Berkely: University of California Press. Año: 1969.

Jessor, R. Donovan, J, D. y Costa, F.. *Beyond adolescence: Problem behavior and youth adult debelopment*. New York: Cambridge University Press. Año 1991.

Jessor, R. y Jessor, S. *Problem behavior and psychosocialdevelopment. A longitudinal study of youth*. London : Academic Press. Año: 1977

Lic. María Alicia Bataglia; Lic. Miguel Ángel Bucich ; Programa integral de planificación estratégica en adicciones. Las Heras Previene. Dirección de Salud Mental. Municipalidad de Las Heras. Año:2009.

Martin F. "Prevención de la drogadicción en el ámbito escolar" Palma de Mallorca. España. pp. 15-56. Año: 1999.

McGuire, W.J. "The Nature of Attitudes and Attitude Change." En: Lindzey, G. y Aronson, E. (Eds.), *Handbook of Social Psychology*. Reading, MA: Addison-Wesley. 1968.

Moncada, S. Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas. En Plan Nacional sobre Drogas (Ed.), *Prevención de las drogodependencias: análisis y propuestas de actuación*, (pp. 85-101). Madrid. Año: 1997.

Oetting E. y Beauvais F. Peer cluster theory, socialization characterization, and adolescent drug use: A path analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, pag: 63, 280-296. Año 1987.

Organización Mundial de la Salud Ginebra, Promoción de la salud Glosario; Pág. 12-13. Año 1998.

Pastor, Juan Carlos y M. López Latorre "Modelos teóricos de prevención en toxicomanías: Una propuesta de clasificación", en *Anales de Psicología*, núm. 9, pp. 19-30. Año:1993

Petratis, J., Flay, B.R. y Miller, T.Q.,. Reviewing theories of adolescents substance use: organizing pieces in the puzzle. *Psychological Bulletin*, 117(1), 67-86. Año: 1995.

Plan Municipal contra las drogas. Área de Servicio Social. Ayuntamiento de Madrid "La prevención de la drogo dependencia principales modelos teóricos explicativos".. Marzo. Año: 2002.

Pons Diez, Xavier "Modelos interpretativos del consumo de drogas" Polis: Investigación y Análisis Sociopolítico y Psicosocial, Vol. 4, Núm. 2, Universidad Autónoma Metropolitana – Iztapalapa México. Año: 2008.

Pons, Xavier *Materiales para la intervención social y educativa ante el consumo de drogas*, Alicante, Editorial Club Universitario. Año: 2007.

Sampieri Roberto Hernandez. "Metodología de la investigación. Editorial McGRAW-HILL. Año: 2010

Sánchez, L.; Moncada, S.; Díez, D., "Prevención de las drogodependencias en el tiempo libre". Ayuntamiento de Madrid. Madrid, 1998.

Senitzky Ignacio; El paco la droga de los pobres; Adicciones by suite 110, Internet google; 8 de febrero del 2010.

Souza Fátima Cruz; "Psicología Comunitaria"; Colección Hvmánitas 2000 , serie intervención social . pág. 25. Año: 2000.

Taylor J.S. y Bogdan R. "Introducción a los métodos cualitativos de investigación". La búsqueda de significados. Ediciones Paidós. pág. 25. Año: 1987

Valeria Chávez Ar.glovedia.com/paco-drogadicto ¿Que es el paco? los muertos del paco historia completa acerca de esta droga que mata a muchos adolescentes. Publicada 27-7-2009 .

Van Avermaet, Eddy "Influencia social en los grupos", en Miles Hewstone y W. Stroebe, comps., *Introducción a la psicología social*, Barcelona, Ariel. Año:1992.

Vasilachis de Gialdino Irene, Métodos Cualitativos; Los problemas teóricos epistemológicos. Centro Editor de América Latina. pág: 12.Año: 1992

Vega, Amando "Modelos interpretativos de la problemática de las drogas", en *Revista Española de Drogodependencias*, núm. 17, pp. 221-232. Año: 1992.

Villarreal González María Elena ;"Un modelo estructural del consumo de drogas y conductas violentas en adolescentes escolarizados", Monterrey, Año: 2009.

Anexos

Diseño de la encuesta y variables contenidas

Preguntas que responden a la variable conocimiento y representación social de las drogas:

- ¿Que son para vos las drogas?
- ¿Que drogas conoces?
- ¿Cuáles, crees, que son los motivos, por los que algunos jóvenes consumen?
- ¿Qué efectos buscan?
- ¿A la larga, qué otros efectos aparecerían?
- ¿Cuánta gente pensás que consume?
- ¿Qué consecuencias puede tener el consumo sobre la salud?

Preguntas que responden a la variable consumo de drogas licitas e ilícitas y edad de inicio del consumo de droga

- ¿Consumiste tabaco alguna vez? ¿Que edad tenías?
- ¿Consumiste alcohol alguna vez? ¿Que edad tenias?
- ¿Probaste la marihuana alguna vez? ¿Que edad tenias?
- ¿Probaste cocaína alguna vez en tu vida? ¿Que edad tenias?
- ¿Consumís actualmente alcohol, tabaco o marihuana? Especifica cual.

Preguntas que responden a la variable distribución temporal y cantidad de sustancia

- Número de cigarrillos consumidos por día.
- Número de cigarrillos consumidos durante el fin de semana.
- Cantidad de cerveza consumida por día.
- Cantidad de cerveza consumida durante el fin de semana.
- Cantidad de vino consumido por día.
- Cantidad de vino consumido durante el fin de semana.
- Cantidad de licor consumido por día.
- Cantidad de licor consumido durante el fin de semana.
- Cantidad de combinados consumidos por día.

Cantidad de combinados consumidos durante el fin de semana.

Preguntas que responden a la variable de socialización: Influencia del grupo de iguales:

¿Cuales de las siguientes actividades nombradas a continuación son de tu preferencia? Marca con una cruz

Salir con los amigos a pubs, bares y discotecas.

Salir con los amigos a la calle, al parque.

Salir con los amigos al cine.

Salir con los amigos a practicar deportes.

Salir con los amigos a conciertos.

Salir con los amigos a la casa de alguno de ellos o a la suya.

Participar con los amigos en alguna asociación o grupo.

Salir con los amigos de excursión.

Preguntas que respondes a la Variable Consumo de drogas del grupo de amigos

¿Tus amigos consumen tabaco?

¿Tus amigos consumen alcohol?

¿Tus amigos consumen marihuana?

¿Tus amigos consumen cocaína amigos?

Pregunta que responden a la variable Naturaleza de relación e identificación con el grupo de iguales

Es para vos muy importante la aceptación de tus amigos y compañeros.

Con que frecuencia ves a tus amigos.

Realizas actos prohibidos junto con el grupo de iguales por no diferenciarse de ellos.

Decidís de acuerdo con las decisiones que toma el grupo.

Sentirse integrado en el grupo de amigos es para vos importante.

Preguntas que responden a la variable disponibilidad de droga en los contextos de socialización

¿Alguna vez viste que consumieran alcohol cerca de la escuela?

¿Alguna vez viste que consumieran tabaco cerca de la escuela?

¿Alguna vez viste que consumieran marihuana cerca de la escuela?

¿Alguna vez viste que consumieran tabaco en tu barrio?

¿Alguna vez viste que consumieran alcohol en tu bario?

¿Alguna vez viste que fumaran marihuana en tu barrio?

Encuesta para la construcción del diagnóstico

1-¿Que son las drogas para vos?

2-¿Que drogas has escuchado nombrar?

3-¿Cuáles crees, que son los motivos, por los que algunos jóvenes consumen drogas?

4-¿Qué consecuencias puede tener el consumo de drogas sobre la salud?

5-¿Probaste cigarrillos alguna vez? ¿Que edad tenías?

Si No Edad:.....

6-¿Probaste alcohol alguna vez? ¿Que edad tenias?

Si No Edad:.....

7-¿Probaste marihuana alguna vez? ¿Que edad tenias?

Si No Edad:.....

8-¿Probaste alguna otra droga no mencionada anteriormente? ¿Cual? ¿Que edad tenias?

Si No ¿Cuál?:..... Edad:.....

9-¿Consumís actualmente alcohol, cigarrillos o marihuana? ¿En que ocasiones?

Cigarrillos: No Si ¿En que ocasiones?.....

Alcohol: No Si ¿En que ocasione?.....

Marihuana: No Si ¿En que ocasiones?.....

10-¿Tus amigos consumen cigarrillos?

Si No

11-¿Tus amigos consumen alcohol?

Si No

12-¿Tus amigos consumen marihuana?

Si No

13-¿Tus amigos consumen alguna otra droga no mencionada anteriormente?

Si No ¿Cuál?.....

14-¿Alguna vez viste que consumieran alcohol cerca de la escuela?

Si No

15-¿Alguna vez viste que consumieran marihuana cerca de la escuela?

Si No

16-¿Alguna vez viste que consumieran alcohol en las calles de tu barrio, o en la plaza de tu barrio?

Si No

17- ¿Alguna vez viste que fumaran marihuana en las calles de tu barrio, o en la plaza de tu barrio?

Si No

18- ¿Presenciaste muy de cerca un caso problemático de consumo de drogas?

Si No

19- ¿En tu familia el tema de drogas es un tema que se halla discutido y/o dialogado?

Si No

20- ¿En tu familia consumen alcohol y cigarrillos?

Si No

21-¿En tu familia existe un caso de consumo de drogas?

Si No

22- ¿Que actividades te gusta realizar por las tardes?

23- ¿Te interesaría un taller de prevención del consumo de drogas, donde te expliquen las consecuencias del consumo de droga?

Si No

24- ¿Donde irías o con quien hablarías para pedir ayudar por un caso problemático de consumo de drogas?

Proyecto de prevención del consumo de droga.

Lugar a ser desarrollado: Escuela Nro.: 9-002 Normal Superior "Tomas Godoy Cruz"

Destinatarios: Alumnos de 8no año.

1- Objetivo Especifico:

"Que los alumnos reconozcan que el consumo de droga perjudica seriamente la vida"

Actividad 1 :

Película; "Diario de un rebelde"

Desarrollo:

La Película "Diario de un rebelde": Presenta la vida de un joven que consume drogas lo que hace que atraviese por situaciones conflictivas en su vida cotidiana rompiendo y haciendo problemáticas sus relaciones interpersonales, entre otras situaciones que a traviesa, como consecuencia del consumo de drogas.

Presentación de las actividades a desarrollar y explicación de las reglas en consenso con el grupo, 2 minutos.

Duración de la película 1 hora 40 minutos.

Metas:

Que el 100% de los alumnos participen de la actividad.

2- Objetivo Especifico:

"Que los alumnos reflexionen críticamente como las drogas afectan las relaciones, los emociones y vínculos de la vida cotidiana"

Actividad 2:

Presento mis conclusiones sobre la película el diario de un rebelde

Desarrollo:

En esta actividad se pretende que los alumnos reflexionen las situaciones de la vida cotidiana que atraviesa el joven protagonista de la película el diario de un rebelde, deben presentar una conclusión de la película y nombrar aquellas situaciones que más les llamo la atención que se vieron afectadas por su conflictiva relación con las drogas.

Explicación de la actividad a desarrollar 2 minutos

Reflexión 40 minutos.

Meta: Que el 100% de los alumnos participen de la actividad.

3- Objetivo específico:

"Que los alumnos reconozcan que el consumo perjudica seriamente la vida".

-Que los alumnos conozcan algunos de los efectos que producen las drogas y la dependencia que estas generan.

-Lograr un espacio de reflexión y debate de la problemática y responder dudas y trabajar sobre mitos contruïdos.

Actividad 3:

Las drogas dañan nuestro cuerpo.

Desarrollo

Se inicia un taller donde se exponen las características y consecuencias en la salud por el consumo de drogas. Se busca la comprensión de las drogas como un objeto dañino y perjudicial para la salud y el trabajo sobre la representación de las drogas en relación con la ilegalidad de las mismas, por un cambio hacia la concepción de las drogas legales e ilegales como objetos susceptibles de generar dependencia y adicción.

Se expondrá un afiche con la figura del cuerpo humano y sus órganos y se pondrá sobre una mesa tarjetas que contiene las consecuencias de una determinada droga en determinado órgano del cuerpo.

Cada alumno sacará una tarjeta la que leerá en voz alta y luego la pegará en la figura en el órgano que crea correspondiente. Exponiendo dudas inquietudes y haciendo un debate de lo reflexionado.

Luego de esta actividad se expondrá una síntesis de lo tratado con el fin de transmitir un mensaje claro sobre como las drogas impactan en nuestra salud física y psíquica y social.

Se dejará sentada la actividad y el conocimiento adquirido, por los alumnos, desde la creación por grupos de afiches que contengan mensajes que hallan aprendido. Luego se compartirá con todo el curso la lectura de los afiches comentando los autores los motivos de las frases trabajadas.

Meta: Que el 100% de los alumnos participen de la actividad

4- Objetivo específico:

Fomentar el no consumo de drogas.

Actividad 4:

Sociodrama de la problemática del consumo de drogas.

Desarrollo:

Se les pide a los alumnos que realicen una interpretación donde se presente un caso problemático por el consumo de drogas y se proceda a su resolución en el mismo. Se dan pautas de respeto hacia la problemática y se pide la participación es a voluntad.

Luego se procede a la valoración de las ponencias y se buscan conclusiones con el curso en general, buscando cerrar con un mensaje compartido.

Meta: que el 100% de los alumnos participaren de la actividad

Pautas a considerar para el diseño de una técnica de prevención en la adolescencia.

Es de vital importancia aclarar como es que debemos construir las estrategias de prevención y la información que ellas contienen y se van a transmitir a los adolescentes, para que la misma sea captada por ellos de un modo positivo, para ello nos basaremos en 4 aspectos que deben ser considerados cuando se diseñan estrategias de prevención. Archirica, Arnedollo, y Gorka y otros enumeran una serie de aspectos a ser considerados para la selección de modalidades desde las cuales se va a trabajar las estrategias de prevención, de las que se toman cuatro aspectos, considerados fundamentales a los fines de esta tesis:

- ✓ **Hacer que los adolescentes busquen activamente preguntas y respuestas; hazles pensar antes de informar; durante la información, intercala preguntas que susciten la reflexión**

La información es mejor entendida, es mejor recordada y produce cambios de comportamientos cuando es ofrecida como respuesta a reflexiones y preguntas que previamente se han suscitado en el receptor, y, mejor aún, cuando la propia información es elaborada activamente por éste.

Por lo tanto, es conveniente pedir al grupo, antes de informar, que lleve a cabo algún tipo de actividad (como recoger información), o que lleve a cabo un debate dirigido, mediante técnicas de trabajo grupal (como el método Phillips 66). De este modo conseguimos mejorar la receptividad a la información y, además, conocemos mejor los aspectos específicos que es necesario abordar, en consonancia con lo que decíamos en un punto anterior.

También durante el proceso de información es conveniente mantener despierto el interés, y de paso recibir un feedback continuo, mediante preguntas que provoquen la reflexión. Algunas de estas preguntas, cuya respuesta debe ser abordada de inmediato, pueden ser del tipo de:

✓ **Utilizar recursos materiales creativos, novedosos, que capten la atención**

Los medios que se utilicen condicionan la eficacia del mensaje. Afortunadamente existen en la actualidad materiales ya elaborados, y medios para elaborar materiales propios. Los jóvenes, además, están más acostumbrados y son más receptivos ante medios distintos de la letra impresa o las charlas magistrales. A la hora de exponer unos contenidos informativos, conviene explorar las posibilidades del vídeo, de las diapositivas, de las presentaciones multimedia o incluso de juegos elaborados con este fin y que aprovechan el atractivo y las posibilidades que ofrece el ordenador. Para recoger información, internet es un magnífico recurso. Por supuesto, lo ideal es que sean los propios adolescentes los que utilicen estas fuentes y elaboren los materiales.

✓ **No utilizar lenguaje técnico ni de argot**

Está claro que el vocabulario debe ser comprensible y alejado de tecnicismos. Conviene tener cuidado, sin embargo, con no caer en un lenguaje de "colegas" o de argot, tal vez buscando cercanía emocional y mejor comprensión. Hay que evitarlo por varias razones:

- Los códigos lingüísticos de argot suelen ser limitados, y pueden no ser capaces de expresar matices: decir que una sustancia es "chunga", por ejemplo, es excesivamente genérico, es poco informativo.

-El informante no es un colega y debe ser percibido por el adolescente como alguien distinto de un colega, como alguien que puede aportarle pautas, conocimientos, apoyos, que no puede transmitirle un colega; este estatus diferente debe ser remarcado también por un lenguaje diferente.

-En algunos casos puede ser necesario favorecer la salida del adolescente de ciertos círculos o actividades y su implicación en otros u otras; difícilmente conseguiremos este objetivo si utilizamos un lenguaje que precisamente subraya su vinculación a un entorno del que queremos que salga.

- A menudo el monitor no domina el lenguaje de argot (que, por principio, evoluciona muy rápidamente), de modo que sus intentos de usarlo pueden llevar al ridículo y, lo que es peor, a perder su capacidad para influir en el comportamiento del joven.

- ✓ **Solicitar feedback sobre la información transmitida en las estrategias de prevención; ofrece tu disposición para cualquier pregunta futura**

Es útil asegurarnos de que la información ha sido comprendida, y dar la oportunidad de aclarar dudas. También es importante no entender la información como un acto aislado, sino como una actividad que puede continuar en el momento en que el receptor lo desee.

Como seleccionar la información a ser trabajada en una técnica de prevención en la adolescencia:

En este punto nos detenemos para hacer análisis de como hacer la selección de la información que en las estrategias de prevención se va trabajar y cuales son las formas más eficaces de desarrollar esta selección de la información.

A continuación se desarrollan estrategias prácticas que permitirán facilitar la selección de la información que se va a transmitir a los adolescentes basadas en los aportes de Achirica y Arnedillo.

- ✓ **Investigar lo que ellos ya conocen, lo que creen que conocen, lo que desean conocer, lo que les conviene conocer, y parte de ahí para organizar tu información**

Siempre que se plantee una intervención informativa en un colectivo deportivo, o de ocio, o en un aula, es necesario sondear el grado y las características de la información que se posee:

- Qué saben sobre el tema. A menudo los adultos nos equivocamos muy ampliamente, tanto cuando creemos que los adolescentes "no saben" como cuando creemos que "sí saben". Un error de cálculo de este tipo puede llevar a que la información sea poco interesante o incluso contrapreventiva.
- Qué les interesa conocer sobre el tema.
- Qué estereotipos o sesgos de información manejan. En el campo de las drogas, y especialmente en el caso del alcohol y el tabaco, las lagunas de información suelen cubrirse a menudo con creencias erróneas que proceden de los amigos, la familia o los medios de comunicación.

Nos interesan mucho, por lo tanto, los distintos métodos para obtener esta información. Sin duda, el principal método es el constituido por nuestras propias habilidades de comunicación, y particularmente aquellas que favorecen el que el individuo exprese sus intereses y necesidades: nuestra apariencia física, saber escuchar, saber observar mientras se escucha, saber preguntar. Además, existen distintos procedimientos más formalizados: debates, discusiones en grupo, cuestionarios anónimos, video-forums, comentarios de textos, supuestos prácticos, etc.

✓ **Adaptar la información a la edad y a lo que se ha investigado sobre lo que los adolescentes conocen y desean conocer**

Ya nos hemos referido a la importancia de promover la participación activa, y de cómo esta posibilita, entre otras ventajas, conocer las expectativas, las actitudes y las preguntas que se hacen los jóvenes. Obviamente, el objetivo final es poder adaptar nuestra información a esta valoración previa.

Un primer criterio de selección es la edad. Deben abordarse prioritariamente aquellas sustancias que empiezan a consumirse en la edad de nuestros receptores:

-En el primer ciclo, incluso a los 11 años, abordar exclusivamente el alcohol y el tabaco.

-En el segundo ciclo, abordar el alcohol, el tabaco y el cánnabis.

Como no todos los grupos son iguales, la decisión sobre el contenido de la información debe tomarse para cada caso; la idea fundamental es que debe tratarse sobre sustancias que son consumidas mayoritariamente en el grupo, como suele ocurrir con el alcohol y el tabaco. Es importante evitar el posible efecto contrapreventivo de despertar la curiosidad sobre otras sustancias.

✓ **No dar más información que la necesaria**

Hay que recordar que informar sólo no basta. Por el mismo motivo, informar más no nos asegura en absoluto que la información vaya a resultar más preventiva.

Las ideas a transmitir deber ser claras y relevantes, aunque sean pocas. Particularmente son bastante ineficaces las largas exposiciones magistrales (y aburridas) sobre el elenco de propiedades farmacológicas, mecanismos de actuación y efectos negativos de tal o cual sustancia.

✓ **Utilizar mensajes sencillos y ejemplos cercanos**

Es más eficaz no buscar en situaciones extremas, a menudo alejadas geográfica, temporal o culturalmente del entorno de quien nos escucha, y recurrir a lo que éste vive o conoce en su proximidad.

✓ **Dedicar menos tiempo a informar sobre aspectos farmacológicos, y más sobre el uso, las motivaciones del consumo, entre otros**

A menudo tratamos de actuar muy "científicamente" extendiéndonos sobre propiedades farmacológicas que el individuo no comprende, o provocan aburrimiento, y en todo caso son percibidas como algo que tiene muy poco que ver con el uso de, por ejemplo, el alcohol o el tabaco.

Interesa hablar menos sobre la sustancia en sí y más sobre su "uso": qué se busca con él, qué riesgos se asocian a los distintos usos, cómo se produce el paso del uso al abuso y a la dependencia, cómo han cambiado los usos (por ejemplo del alcohol) a lo largo del tiempo, qué influencia ejercen factores culturales e intereses económicos, cómo opera la publicidad, qué alternativas existen...

- ✓ **Centrarse en las ventajas de no consumir, más que en los perjuicios de consumir; cuando se habla de éstos, centrarse en los cercanos, no en los lejanos**

Abandonamos o desechamos más fácilmente un comportamiento poco saludable cuando percibimos las ventajas del comportamiento alternativo. Por eso es más eficaz referirnos a los beneficios de no fumar o no consumir alcohol, que sólo o fundamentalmente a los perjuicios de hacerlo.

Además, la referencia a los perjuicios y beneficios de uno u otro comportamiento es siempre más eficaz cuando se trata de consecuencias cercanas, próximas a la realidad de quien recibe el mensaje, y no de consecuencias lejanas, improbables, a menudo inconcretas y percibidas como ajenas a la propia experiencia.

Por lo tanto, mejor que decir "si fumas puedes tener un cáncer" (negativo y lejano) es decir "si fumas te cansarás mucho más jugando al baloncesto" (negativo y próximo), y mejor todavía decir "si no fumas notarás que aguantas mucho mejor todo el partido" (positivo y próximo).

- ✓ **Informar con objetividad, no exagerar ni dramatizar, ni distorsionar, no tratar de inculcar miedo.**

Es importante que la información sea objetiva y no sesgada. La falta de objetividad suele ser rápidamente captada por el adolescente, que cuenta a menudo con otras fuentes para contrastar la información, cuando no con

experiencia propia. De este modo la información puede ser percibida como interesada y poco creíble.

Piénsese, por ejemplo, en el contraste (percibido claramente por el adolescente) entre el mensaje recibido de los adultos de que "fumar y/o beber es muy negativo" y el hecho de que buena parte de los adultos de su entorno fuman y beben sin manifestar grandes problemas por ello.

La objetividad se refiere también a la carga emocional de aquello que se transmite. Las exageraciones, las dramatizaciones o el tratar de inculcar miedo suelen ser estrategias poco eficaces o incluso contrapreventivas, porque:

- Conceden al consumo de alcohol, tabaco u otras sustancias un valor de transgresión social o de riesgo que puede resultar atractivo para el adolescente y que puede, además, ser reforzado por su grupo de amigos.

- Los riesgos extremos a los que se refieren suelen ser ajenos a la experiencia real del joven, y por lo tanto percibidos como algo que no tiene nada que ver con él.

- Los mensajes que contienen imágenes muy dramáticas y que buscan un impacto emocional intenso pueden, por eso mismo, dar lugar a una actitud de rechazo para evitar el malestar que producen.

✓ **Utilizar una información bilateral o unilateral, según los casos**

Cuando, con nuestra información, buscamos implantar una actitud nueva ante un determinado objeto o modificar una actitud contraria que ya existe (como ocurre cuando informamos sobre el alcohol o el tabaco), el contenido de la información puede ser unilateral o bilateral:

- Es unilateral cuando nos referimos únicamente a los aspectos positivos del comportamiento que queremos promover, frente a los negativos de la opción contraria (por ejemplo, tratar de convencer a un grupo de electores de que voten al partido X hablando de los aspectos positivos de su programa frente a los negativos del programa del partido Y).

- Es bilateral cuando, además, recoge las ventajas de la opción contraria, pero las rebate (en el mismo ejemplo, empezaríamos por recoger lo positivo de las propuestas del partido Y, y a continuación expondríamos por qué las propuestas del partido X son mejores).

Se trata de una cuestión estratégica muy importante, y que es tenida en cuenta, por ejemplo, en la publicidad comercial de distintos productos, o en la propaganda electoral de los partidos políticos. También en estos casos, como en el nuestro, el objetivo es conseguir cambios de comportamientos a través de una información persuasiva.

Sabemos que la información unilateral es más eficaz cuando la audiencia es ya, de antemano, favorable al comportamiento o la actitud que queremos promover (como es el caso de un mitin político de un partido ante simpatizantes del mismo partido) o cuando es neutra y no es previsible que vaya a ser sometida a propaganda por parte de la opción contraria (en nuestro caso, cuando hablamos de sustancias con las que los individuos no han tenido, ni van a tener próximamente, ningún contacto). En estos casos, utilizar una estrategia bilateral puede ser contraproducente porque puede llevar al receptor a plantearse ventajas en la opción contraria que ni siquiera se había planteado.

La información bilateral, por el contrario, suele ser más eficaz cuando la audiencia es de antemano contraria a nuestra propuesta, y deseamos que cambie su actitud. En este caso, una información unilateral chocaría con las ideas previas o la experiencia de quien escucha, y podría ser percibida como poco fiable e interesada, reforzando por lo tanto la actitud que ya existía. Por el contrario, una información bilateral empieza por "inmunizar" a la audiencia frente a esta posibilidad, porque recoge y asume las actitudes que esta mantiene previamente, para, a continuación, persuadir de las ventajas de la otra opción. Por el mismo motivo, es una estrategia más eficaz cuando la audiencia va a ser sometida en breve a contrapropaganda y se la da a conocer (y se refutan) los argumentos que el oponente va a utilizar.

El mensaje bilateral puede incluir también un reconocimiento explícito de las dificultades de los hábitos que deseamos promover (en nuestro caso, no fumar o no beber alcohol), junto con las ventajas de los mismos.

- ✓ **Utilizar el sentido del humor, hacer reír, pero no banalizar nunca el contenido del mensaje**

Asociar la información con estados emocionales positivos favorece enormemente la receptividad. El sentido del humor es, sin duda, un recurso útil, y la publicidad comercial (que es maestra en estas cuestiones) lo utiliza ampliamente. Ahora bien, el humor o el hacer reír no es un fin en sí mismo sino un instrumento al servicio de una transmisión de información más eficaz y un cambio de actitudes.

Por encima del uso del sentido del humor, es importante enfatizar la relevancia del contenido que se está transmitiendo. Podríamos decir, parafraseando el eslogan de un conocido programa de educación sexual, que "es divertido pero no es un juego".

La función de la información en las técnicas de prevención

Alicia Acero Achirica y Javier Moreno Arnedillo nos proporcionan 5 ítem que deben ser considerados cuando se pretende trabajar la prevención del consumo de droga en la adolescencia desde estrategias basadas en una metodología interactiva, estos permiten encuadrar la actividades preventivas en relación a la función de la información que estas contienen, son ítems prácticos que permitirán trabajar la información de un modo objetivo y permite que a través de la sistematización de estos que se alcancen los objetivos esperados. Estos ítems nos permitirán delimitar en nuestras actividades la función que debe cumplir la información para la prevención

1- Prevenir no es sólo informar

Para muchas personas, prevenir el consumo de drogas supone fundamentalmente informar sobre los riesgos asociados al mismo. Esta era, de hecho, la opinión mayoritaria hasta hace algunos años, y aun hoy es muy frecuente escuchar recomendaciones de "más información" para prevenir distintos problemas de salud.

Detrás de este planteamiento, llamado "modelo racional", subyace una visión muy ingenua del comportamiento humano que supone que este depende de decisiones racionales tomadas a partir de la información disponible (piénsese, por ejemplo, que hasta hace algunos años el consumo de tabaco entre el colectivo médico, sin duda bien informado, superaba la media de consumo entre la población).

2- Prevenir es, también, informar

Prevenir, decíamos, no es sólo ni fundamentalmente informar. Pero también es informar. Entre otros motivos, porque es inevitable. Las drogas con una presencia constante, y por lo tanto, a lo largo de la interacción entre los adolescentes y sus padres, profesores o monitores, surgen muy frecuentemente situaciones (consumos propios o ajenos, noticias, preguntas...) que exigen por parte del adulto una respuesta consistente en proporcionar una información o corregir una idea equivocada.

El adolescente participa de un discurso social, es decir, de un conjunto de creencias más o menos explícitas sobre las drogas, que pueden condicionar el inicio y la consolidación del consumo.

3- Informar más no es informar mejor

En buena parte, el objetivo que trata de cumplir la información sobre drogas no es llenar un vacío de información, sino más bien clarificarla. De hecho, la información procede de numerosas fuentes (la escuela, los padres, la televisión, el cine, internet, los amigos...). No falta información, la información existe y es abundante, probablemente excesiva. Los problemas son otros:

- En muchas ocasiones es una información sesgada por medios de comunicación que buscan la espectacularidad o el impacto de una determinada noticia. Así, por ejemplo, algunas informaciones sobre el consumo de alcohol por parte de los jóvenes llevan al espectador a pensar que ésta es una práctica más habitual de lo que es realmente; el adolescente puede concluir que fumar o emborracharse son comportamientos "normales", en el sentido estadístico de la palabra, y que por lo tanto se trata de algo aceptable.
- La información choca a menudo con la existencia de modelos, a veces los propios informantes, que practican conductas contrarias a las que tratan de promover (como el caso, no tan raro, del médico que informa sobre los riesgos del tabaco cuando tiene en su mesa un cenicero lleno de colillas).
- La información a veces no se adecúa a las necesidades, ni a la edad, ni al contexto. Esta es una seria deficiencia, que puede dar lugar a todo lo contrario de lo que se pretende: despertar curiosidades y preguntas que antes no existían y experimentar con sustancias.
- La información es percibida como poco creíble, porque choca con la propia experiencia del individuo, o con otras informaciones que recibe. Así, las informaciones tremendistas sobre las consecuencias negativas del tabaco o el alcohol son percibidas por un adolescente como lejanas, improbables e interesadas; no tienen en cuenta que el individuo cuenta ya con una experiencia con el alcohol o el tabaco que percibe como positiva; además, la pseudoinformación que proporciona la publicidad de estos productos concuerda mucho mejor con esa experiencia.
- La información es unidireccional, del emisor al receptor, sin "feedback" posible. A menudo es "enlatada". Puede venderse, incluso (y se vende) como un producto de consumo.

4- La eficacia de la información depende del contexto de la relación en el que se ofrezca

Si en una familia, en un centro educativo o en un grupo deportivo funciona escasamente el diálogo, los intentos de los padres, los profesores o los monitores por abordar la información sobre drogas tienen muchas probabilidades de ser mal acogidos, incluso de ser percibidos como advertencias o interrogatorios.

Si el receptor de la información no percibe al informante como competente, veraz, acogedor y digno de confianza, si su intervención carece de continuidad temporal, si se produce de modo aislado, como un "técnico especialista" ajeno al entorno que acude un día y da una "charla", probablemente esa información conseguirá escasamente influir en el comportamiento real del receptor.

Por supuesto, es deseable que la información sea completa y correcta; pero lo que pretendemos no es que el adolescente sepa mucho, sino que ese conocimiento sea preventivo. Y, para conseguir este objetivo, tan importante o más que el contenido de la información es el conjunto de variables que rodean al acto de informar, y a las que nos referiremos más adelante.

5- La información puede producir un efecto contrapreventivo

Se trata de un hecho comprobado. En algunas ocasiones, la información no sólo no ha sido eficaz, sino que ha dado lugar a un aumento del consumo. Este fenómeno puede ser debido, entre otras causas, a las siguientes:

- El informante, no despierta confianza sino todo lo contrario, lo cual da lugar fácilmente a conductas de rebeldía por parte de los adolescentes ("si mi padre no quiere que haga esto, ya tengo una buena razón para hacerlo").
- El contenido de la información, que por no estar bien seleccionado despierta la curiosidad y el deseo de probar.
- La forma de informar, por ejemplo apresurada, unidireccional, indiscriminada, sesgada el adolescente percibe estas deficiencias, lo cual, junto con la posible curiosidad despertada, puede favorecer el consumo.
- El momento en que se produce la información.

Técnica Entrevista en profundidad:

¿Consideras que el tema presentado fue importante para vos?

¿Que te parecieron las actividades desarrolladas?

¿Cuál fue la que mas te gusto? ¿Por qué?

¿Qué son las drogas para vos?

¿Qué producen en el sujeto las drogas?

¿Crees que después de haber participados de las actividades puedas evitar caer en el consumo de drogas? ¿Por qué?

¿Te sentís ahora capas de enfrentar cualquier problema de droga que se te presente?

¿Si en este momento te ofrecen drogas que harías?

¿Que recomendaciones darías a tus compañeros para que no consuman drogas?

¿Cuál seria tu aporte para promover la prevención del consumo de drogas en tu escuela?

Decodificación de Entrevista en profundidad

Entrevista 1:

-¿Consideras que el tema presentado sobre la prevención del consumo de drogas es importante para vos?

-Si por que en un futuro cercano o lejano, es como que tendríamos una idea mejor de la droga para el momento en que nos lleguen a preguntar se queremos o al momento de que queramos consumirla.

-¿Qué te parecieron las actividades que desarrollamos?

-Me parecieron buenas por que por ahí hay cosas que yo no sabia, y me entere en el momento, o por ahí hay drogas que uno no conoce, o una realidad que pasa con las drogas que pasa con las drogas que no las conocía.

-¿Cuál es el tema que mas te gusto y porque, o la actividad?

-La actividad que más me gusto fue ver la película, por que es algo que refleja la realidad, es un espejo de lo que pasa en la vida cotidiana de las personas, es en lo que cae la mayoría de los jóvenes, es un juego y después de un tiempo se convierte en realidad.

-¿Qué son las drogas ahora para vos?

-Son sustancias químicas , toxicas, te llevan a la muerte, y que..heee...además te llevan a una adicción, un día después la toma otro, otro, otro, y después no puede para mas. ..hee te quema la cabeza.

-¿Crees que después de haber participado de las actividades puedas evitar el consumo de drogas.

-Si.. si. Si por que por ahí uno se informo mas de lo que podía llegar a pasar con las drogas, por ahí hay cosas que yo no sabia y que si me las llegaban a preguntar en la calle yo no podía decir.. he si me llegaban a pedir una droga o a dar una droga yo no sabia que contestar por que por ahí yo no las conocía y ahora las conozco un poco mas.

-¿Te sentís capaz de enfrentar cualquier problema con drogas que se te presente?

-Heee la verdad que no por que no sabría que hacer, en ese momento primero y principal que nunca tomaría droga, bajo ninguna circunstancia, mas que una pastilla recetada para los dolores, no me ..heee..a mí no me llama la atención tomar drogas, tampoco seguir la corriente de tomas droga.

-¿Entonces si te ofrecieran drogas en este momento que harías?

-Diría que no gracias....(silencio)

-¿Qué recomendarías a tu compañeros para que no consumieran?

-Y les diaria que...heee .. se le acabarían todas sus mentas a largo plazo, que por ahí as ideas que tengan en un futuro no las tendrían por que las drogas los llevaría a perder esas cosas, podes perder a tu familia podes perder todo por la droga.

-¿Esto lo aprendiste con las película un poco?

-Si.

-Bueno, muchas gracias por tu entrevista.

-De nada

Entrevista 2

- ¿Consideras que el tema de consumo de drogas es importante para vos?
- Si por que ayuda a las demás personas a que no consuman drogas.
- ¿Qué te parecieron las actividades que desarrollamos?
- Me parecieron bien por que previnieron a las demás personas que no consuman drogas, y.... eso.
- ¿Cuál de las actividades que realizamos fue la que mas te gusto?
- La que mas me gusto fue la película, por que heeee Ósea por que nos dio una enseñanza, de que no hay que consumir drogas.
- ¿Qué son ahora las drogas para vos?
- Las drogas son un heeee..es...ose se relaciona con esto de que no hay que consumirlas por que te daña el cuerpo.
- ¿Crees que haber participado de las actividades te pueda ayudar o evitar caer e el consumo de drogas?
- Y caer no por que, mi mama ya me había explicado que cuando me vengan a ofrecer yo tengo que decir que no... , y además los talleres que nos dieron ,sé que no tengo que tomar por que me hace mal a mi cuerpo.
- ¿Te sentís capaz ahora d enfrentar, cualquier problema que se te presente con la drogas?
- Si. Ahora se lo que va a pasar mas adelante,... eso.
- ¿Entonces ahora que dirías si te ofrecen drogas?
- Diría que no
- ¿Que recomendaciones les darías a tus compañeros para que no consuman drogas?
- Que tengan mucho cuidado por que la gente que hay ahí afuera no...ósea...una ves que lo tomas es una adicción ,y... se hace.. se te hace una adicción y no salís mas y . Hay que tener mucho cuidado con eso y al principio hay que decir que no y listo, y es así.

Entrevista 3

-¿Consideras que el tema presentado de prevención del consumo de drogas es importante para vos?

-Si

-¿Si por porque?

...silencio...

-Dale que no te de vergüenza solo es para que lo hablemos. ¿Te gusto el tema de prevención, los talleres que hicimos te gustaron?

-Si

¿Qué fue que te gusto de ellos?

-Si, por que te enseñan cosas que tal vez no sabíamos de algo que era importante

-¿Cómo es la prevención y el no consumo?

-(asiente con la cabeza, en silencio)

-¿Y las actividades que desarrollamos fueron entretenidas, lograron un aprendizaje?

-Si

-¿Por ejemplo en relación al alcohol y al tabaco cual fue la prima que aprendieron, que ustedes no sabían?

-Como reaccionabas, que se yo cosas así.

-¿Y que más en relación al alcohol y el tabaco?

-Que eran drogas

-¿Muy bien algo que no sabían, y relacionan las drogas con la ilegalidad de las drogas?

-Claro

-¿Y ahora quede refutado que el alcohol y el tabaco también eran drogas por que también generaban una dependencia no?

-Si

-¿Y que cosas además aprendimos relacionadas con el sujeto y el consumo de droga, vos crees que estas actividades le van a servir

-Si, si para prevenir y para no hacerlo

-¿Cuál de todas las actividades fue la que más te gusto?

-Fue la de hacer los...las....(marca con sus manos un rectángulo).

-¿Los afiches?

-Si

-¿Y por qué te gusto esta actividad?

-Y por que me pareció entretenido

-¡Entretenido claro, tuvieron un momento para expresarse no, decir lo que pensaban!.

-¿Los talleres crees que te dieron herramientas para saber tomar una decisión?

-Si por que nos muestra lo mal que nos hace, ósea en la medida que nos hacían mal y todo eso. Como que sabemos que no lo tenemos que hacer.

-¿Y porqué creer que en la película al joven le hacía mal, por que vos fijate que el no muestra algo tan relacionado con lo físico? ¿Pro en que nivel le afecta a el?

-Se vuelve agresivo,

-¿Y que mas?

-Tiene un conflicto con la madre

-¿Claro distintas problemáticas sociales que también hicieron a él lo llevaron a tener una problemática de salud mental y de relación con el entorno ¿

-¿Y que harías si te ofrecieran drogas? ¿Que dirías?

-Diría que no

- Y si por ejemplo debieras aconsejar a un compañera que le dirás?

-Que no lo haga que esta mal , que disfrute la vida por que , de alguna forma te estas matando

-Bueno gracias por tu entrevista.

LEY N°23.737 TENENCIA Y TRAFICO DE ESTUPEFACIENTES

Sanción: 21/09/1989

Promulgación: 10/10/1989

Publicación: B.O. 11/10/1989

Artículo 1º. Reemplázase el artículo 204 del Código Penal por el siguiente texto:

Art. 204: Será reprimido con prisión de seis meses a tres años el que estando autorizado para la venta de sustancias medicinales, las suministrare en especie, calidad o cantidad no correspondiente a la receta médica o diversa de la declarada o convenida, o sin la presentación y archivo de la receta de aquellos productos que según las reglamentaciones vigentes no pueden ser comercializados sin ese requisito.

Artículo 2º. Incorpórase como artículo 204 bis del Código Penal el siguiente texto:

Art. 204 bis: Cuando el delito previsto en el artículo anterior se cometiere por negligencia, la pena será de multa de trescientos australes a seis mil australes.

Artículo 3º. Incorpórase como artículo 204 ter del Código Penal el siguiente texto:

Art. 204 ter: Será reprimido con multa de seiscientos australes a doce mil australes el que teniendo a su cargo la dirección, administración, control o vigilancia de un establecimiento destinado al expendio de medicamentos, omitiere cumplir con los deberes a su cargo posibilitando la comisión de alguno de los hechos previstos en el artículo 204.

Artículo 4º. Incorpórase como artículo 2 04 quater del Código Penal el siguiente texto: Art. 204 quater: Será reprimido con prisión de seis meses a tres años el que sin autorización vendiere sustancias medicinales que requieran receta médica para su comercialización.

Artículo 5º. Será reprimido con reclusión o prisión de cuatro a quince años y multa de dos millones doscientos cincuenta mil a ciento ochenta y siete millones quinientos mil australes el que sin autorización o con destino ilegítimo:

- a) Siembre o cultive plantas o guarde semillas utilizables para producir estupefacientes, o materias primas, o elementos destinados a su producción o fabricación;
- b) Produzca, fabrique, extraiga o prepare estupefacientes;
- c) Comercie con estupefacientes o materias primas para su producción o fabricación o los tenga con fines de comercialización, o los distribuya, o dé en pago, o almacene o transporte;
- d) Comercie con plantas o sus semillas, utilizables para producir estupefacientes, o las tenga con fines de comercialización, o las distribuya, o las dé en pago, o las almacene o transporte;
- e) Entregue, suministre, aplique o facilite a otro estupefacientes a título oneroso. Si lo fuese a título gratuito, se aplicará reclusión o prisión de tres a doce años y multa de tres mil a ciento veinte mil australes.

Si los hechos previstos en los incisos precedentes fueren ejecutados por quien desarrolla una actividad cuyo ejercicio dependa de una autorización, licencia o habilitación del poder público, se aplicará, además, inhabilitación especial de cinco a quince años.

En el caso del inciso a), cuando por la escasa cantidad sembrada o cultivada y demás circunstancias, surja inequívocamente que ella está destinada a obtener estupefacientes para consumo personal, la pena será de un mes a dos años de prisión y serán aplicables los artículos 17, 18 y 21. En el caso del inciso e) del presente artículo, cuando la entrega, suministro o facilitación fuere ocasional y a título gratuito y por su escasa cantidad y demás circunstancias, surgiere inequívocamente que es para uso personal de quien lo recepta, la pena será de SEIS (6) meses a TRES (3) años de prisión y, si correspondiere, serán aplicables los artículos 17, 18 y 21. (texto conforme ley N° 26.052)

Artículo 6º. Será reprimido con reclusión o prisión de cuatro a quince años y multa de dos millones doscientos cincuenta mil a ciento ochenta y siete millones quinientos mil australes el que introdujera al país estupefacientes fabricados o en cualquier etapa de su fabricación o materias primas destinadas a su fabricación o producción, habiendo efectuado una presentación correcta ante la Aduana y posteriormente alterara ilegítimamente su destino de uso. En estos supuestos la pena será de tres a doce años de reclusión o prisión, cuando surgiere inequívocamente, por su cantidad, que los mismos no serán destinados a comercialización dentro o fuera del territorio nacional.

Si los hechos fueren realizados por quien desarrolle una actividad cuyo ejercicio depende de autorización, licencia o habilitación del poder público, se aplicará además inhabilitación especial de tres a doce años.

Artículo 7º. Será reprimido con reclusión o prisión de ocho a veinte años y multa de once millones doscientos cincuenta mil a trescientos treinta y siete millones quinientos mil australes, el que organice o financie cualquiera de las actividades ilícitas a que se refieren los artículos 5º y 6º precedentes.

Artículo 8º. Será reprimido con reclusión o prisión de tres a quince años y multa de dos millones doscientos cincuenta mil a ciento doce millones quinientos mil australes e inhabilitación especial de cinco a doce años, el que estando autorizado para la producción, fabricación, extracción, preparación, importación, exportación, distribución o venta de estupefacientes los tuviere en cantidades distintas de las autorizadas; o prepare o emplee compuestos naturales, sintéticos u oficinales que oculten o disimulen sustancias estupefacientes, y al que aplicare, entregare, o vendiere estupefacientes sin receta médica o en cantidades mayores a las recetadas.

Artículo 9º. Será reprimido con prisión de dos a doce años y multa de un millón ciento veinticinco mil a dieciocho millones setecientos cincuenta mil australes e inhabilitación especial de uno a cinco años, el médico u otro profesional autorizado para recetar, que prescribiera, suministrare o entregare estupefacientes fuera de los casos que indica la terapéutica o en dosis mayores de las necesarias. Si lo hiciera con destino ilegítimo la pena de reclusión o prisión será de cuatro a quince años.

Artículo 10. Será reprimido con reclusión o prisión de tres a doce años y multa de un millón ciento veinticinco mil a dieciocho millones setecientos cincuenta mil australes el que facilitare, aunque sea a título gratuito, un lugar o elementos, para que se lleve a cabo alguno de los hechos previstos por los artículos anteriores. La misma pena se aplicará al que facilitare un lugar para que concurren personas con el objeto de usar estupefacientes. En caso que el lugar fuera un local de comercio se aplicará la accesoria de inhabilitación para ejercer el comercio por el tiempo de la condena, la que se elevará al doble del tiempo de la misma si se tratare de un negocio de diversión.

Durante la sustanciación del sumario criminal el juez competente podrá decretar preventivamente la clausura del local.

Artículo 11. Las penas previstas en los artículos precedentes serán aumentadas en un tercio del máximo de la mitad del mínimo, sin que las mismas puedan exceder el máximo legal de la especie de pena de que se trate:

- a) Si los hechos se cometieren en perjuicio de mujeres embarazadas o de personas disminuidas psíquicamente, o sirviéndose de menores de dieciocho años o en perjuicio de éstos;
- b) Si los hechos se cometieren subrepticamente o con violencia, intimidación o engaño;
- c) Si en los hechos intervienen tres o más personas organizadas para cometerlos;
- d) Si los hechos se cometieron por un funcionario público encargado de la prevención o persecución de los delitos aquí previstos o por un funcionario público encargado de la guarda de presos y en perjuicio de éstos;
- e) Cuando el delito se cometiere en las inmediaciones o en el interior de un establecimiento de enseñanza, centro asistencial, lugar de detención, institución deportiva, cultural o social o en sitios donde se realicen espectáculos o diversiones públicos o en otros lugares a los que escolares y estudiantes acudan para realizar actividades educativas, deportivas o sociales;
- f) Si los hechos se cometieren por un docente, educador o empleado de establecimientos educacionales en general, abusando de sus funciones específicas.

Artículo 12. Será reprimido con prisión de dos a seis años y multa de doscientos veinticinco mil a cuatro millones quinientos mil australes:

- a) El que preconizare o difundiere públicamente el uso de estupefacientes, o indujere a otro a consumirlos;
- b) El que usare estupefacientes con ostentación y trascendencia al público.

Artículo 13. Si se usaren estupefacientes para facilitar o ejecutar otro delito, la pena prevista para el mismo se incrementará en un tercio del mínimo y del máximo. No pudiendo exceder del máximo legal de la especie de pena de que se trate.

Artículo 14. Será reprimido con prisión de uno a seis años y multa de ciento doce mil quinientos a dos millones doscientos cincuenta mil australes el que tuviere en

supoder-estupefacientes.

La pena será de un mes a dos años de prisión cuando, por su escasa cantidad y demás circunstancias, surgiere inequívocamente que la tenencia es para uso personal.

Artículo 15. La tenencia y el consumo de hojas de coca en su estado natural, destinado a la práctica del coqueo o masticación, o a su empleo como infusión, no será considerada como tenencia o consumo de estupefacientes.

Artículo 16. Cuando el condenado por cualquier delito dependiera física o psíquicamente de estupefacientes, el juez impondrá, además de la pena, una medida de seguridad curativa que consistirá en un tratamiento de desintoxicación y rehabilitación por el tiempo necesario a estos fines, y cesará por resolución judicial, previo dictamen de peritos que así lo aconsejen.

Artículo 17. En el caso del artículo 14, segundo párrafo, si en el juicio se acreditase que la tenencia es para uso personal, declarada la culpabilidad del autor y que el mismo depende física o psíquicamente de estupefacientes, el juez podrá dejar en suspenso la aplicación de la pena y someterlo a una medida de seguridad curativa por el tiempo necesario para su desintoxicación y rehabilitación.

Acreditado su resultado satisfactorio, se lo eximirá de la aplicación de la pena. Si transcurridos dos años de tratamiento no se ha obtenido un grado aceptable de recuperación, por su falta de colaboración, deberá aplicársele la pena y continuar con la medida de seguridad por el tiempo necesario o solamente esta última.

Artículo 18. En el caso del artículo 14, segundo párrafo, si durante el sumario se acreditase por semiplena prueba que la tenencia es para uso personal y existen indicios suficientes a criterio del juez de la responsabilidad del procesado y éste dependiere física o psíquicamente de estupefacientes, con su consentimiento, se le aplicará un tratamiento curativo por el tiempo necesario para su desintoxicación y rehabilitación y se suspenderá el trámite del sumario. Acreditado su resultado satisfactorio, se dictará sobreseimiento definitivo. Si transcurridos dos años de tratamiento, por falta de colaboración del procesado no se obtuvo un grado aceptable de recuperación, se reanudará el trámite de la causa y, en su caso, podrá aplicársele la pena y continuar el tratamiento por el

tiempo necesario, o mantener solamente la medida de seguridad.

Artículo 19. La medida de seguridad que comprende el tratamiento de desintoxicación y rehabilitación, prevista en los artículos 16, 17 y 18 se llevará a cabo en establecimientos adecuados que el tribunal determine de una lista de instituciones bajo conducción profesional reconocidas y evaluadas periódicamente, registradas oficialmente y con autorización de habilitación por la autoridad sanitaria nacional o provincial, quien hará conocer mensualmente la lista actualizada al Poder Judicial, y que será difundida en forma pública. El tratamiento podrá aplicársele preventivamente al procesado cuando prestare su consentimiento para ello o cuando existiere peligro de que se dañe a sí mismo o a los demás. El tratamiento estará dirigido por un equipo de técnicos y comprenderá los aspectos médicos, psiquiátricos, psicológicos, pedagógicos, criminológicos y de asistencia social, pudiendo ejecutarse en forma ambulatoria, con internación o alternativamente, según el caso. Cuando el tratamiento se aplicare al condenado su ejecución será previa, computándose el tiempo de duración de la misma para el cumplimiento de la pena. Respecto de los procesados, el tiempo de tratamiento suspenderá la prescripción de la acción penal. El Servicio Penitenciario Federal o Provincial deberá arbitrar los medios para disponer en cada unidad de un lugar donde, en forma separada del resto de los demás internos, pueda ejecutarse la medida de seguridad y de rehabilitación de los artículos 16, 17 y 18.

Artículo 20. Para la aplicación de los supuestos establecidos en los artículos 16, 17 y 18 el juez, previo dictamen de peritos, deberá distinguir entre el delincuente que hace uso indebido de estupefacientes y el adicto a dichas drogas que ingresa al delito, para que el tratamiento de rehabilitación en ambos casos, sea establecido en función de nivel de patología y del delito cometido, a los efectos de la orientación terapéutica más adecuada.

Artículo 21. En el caso del artículo 14, segundo párrafo, si el procesado no dependiere física o psíquicamente de estupefacientes por tratarse de un principiante o experimentador, el juez de la causa podrá, por única vez, sustituir la pena por una medida de seguridad educativa en la forma y modo que judicialmente se determine. Tal medida, debe comprender el cumplimiento obligatorio de un programa

especializado, relativo al comportamiento responsable frente al uso y tenencia indebida de estupefacientes, que con una duración mínima de tres meses, la autoridad educativa nacional o provincial, implementará a los efectos del mejor cumplimiento de esta ley. La sustitución será comunicada al Registro Nacional de Reincidencia y Estadística Criminal y Carcelaria, organismo que lo comunicará solamente a los tribunales del país con competencia para la aplicación de la presente de la ley, cuando éstos lo requiriesen.

Si concluido el tiempo de tratamiento éste no hubiese dado resultado satisfactorio por la falta de colaboración del condenado, el tribunal hará cumplir la pena en la forma fijada en la sentencia.

Artículo 22. Acreditado un resultado satisfactorio de las medidas de recuperación establecidas en los artículos 17, 18 y 21 si después de un lapso de tres años de dicha recuperación, el autor alcanzara una reinserción social plena, familiar, laboral y educativa, el juez previo dictamen de peritos, podrá librar de oficio al Registro Nacional de Reincidencia y Estadística Criminal y Carcelaria para la supresión de la anotación relativa al uso y tenencia indebida de estupefacientes.

Artículo 23. Será reprimido con prisión de dos a seis años e inhabilitación especial de cuatro a ocho años, el funcionario público dependiente de la autoridad sanitaria con responsabilidad funcional sobre el control de la comercialización de estupefacientes, que no ejecutare los deberes impuestos por las leyes o reglamentos a su cargo u omitiere cumplir las órdenes que en consecuencia de aquéllos le impartieren sus superiores jerárquicos.

Artículo 24. El que sin autorización o violando el control de la autoridad sanitaria, ingrese en la zona de frontera delimitada por ley, precursores o productos químicos aptos para la elaboración o fabricación de estupefacientes, será reprimido con multa de un millón ciento veinticinco mil a doscientos veinticinco millones de australes; inhabilitación especial de uno a cinco años y comiso de la mercadería en infracción, sin perjuicio de las demás sanciones que pudieran corresponder.

Los precursores, y productos químicos serán determinados en listas que, por decreto, el Poder Ejecutivo nacional debe elaborar a ese fin y actualizar periódicamente.

Artículo 25. (Derogado conforme ley N° 25.246)

Artículo 26. En la investigación de los delitos previstos en la ley no habrá reserva bancaria o tributaria alguna. El levantamiento de la reserva sólo podrá ser ordenado por el juez de la causa. La información obtenida sólo podrá ser utilizada en relación a la investigación de los hechos previstos en esta ley.

Artículo 26 bis. La prueba que consista en fotografías, filmaciones o grabaciones, será evaluada por el tribunal en la medida en que sea comprobada su autenticidad.

Artículo 27. En todos los casos en que el autor de un delito previsto en esta ley lo cometa como agente de una persona jurídica y la característica requerida para el autor no la presente éste sino la persona jurídica, será reprimido como si el autor presentare esa característica.

Artículo 28. El que públicamente imparta instrucciones acerca de la producción, fabricación, elaboración o uso de estupefacientes, será reprimido con prisión de dos a ocho años. En la misma pena incurrirá quien por medios masivos de comunicación social explique en detalle el modo de emplear como estupefaciente cualquier elemento de uso libre.

Artículo 29. Será reprimido con prisión de seis meses a tres años el que falsificare recetas médicas, o a sabiendas las imprimiera con datos supuestos o con datos ciertos sin autorización del profesional responsable de la matrícula; quien las suscribiere sin facultad para hacerlo o quien las aceptare teniendo conocimiento de su ilegítima procedencia o irregularidad. En el caso que correspondiere se aplicará la accesoria de inhabilitación para ejercer el comercio por el doble de tiempo de la condena.

Artículo 29 bis. Será reprimido con reclusión o prisión de uno a seis años, el que tomare parte en una confabulación de dos o más personas, para cometer alguno de los delitos previstos en los artículos 5º, 6º, 7º, 8º, 10 y 25 de la presente ley, y en el artículo 866 del Código Aduanero.

La confabulación será punible a partir del momento en que alguno de sus miembros realice actos manifiestamente reveladores de la decisión común de ejecutar el delito para el que se habían concertado. Quedará eximido de pena el que revelare la confabulación a la autoridad antes de haberse comenzado la ejecución del delito para el que se la había formado, así como el que espontáneamente impidiera la realización del plan.

Artículo 29 ter. A la persona incurso en cualquiera de los delitos previstos en la presente ley y en el artículo 866 del Código Aduanero, el tribunal podrá reducirle las penas hasta la mitad del mínimo y del máximo o eximirla de ellas, cuando durante la sustanciación del proceso o con anterioridad a su iniciación:

- a) Revelare la identidad de coautores, partícipes o encubridores de los hechos investigados o de otros conexos, proporcionando datos suficientes que permitan el procesamiento de los sindicados o un significativo progreso de la investigación.
- b) Aportare información que permita secuestrar sustancias, materias primas, precursores químicos, medios de transporte, valores, bienes, dinero o cualquier otro activo de importancia, provenientes de los delitos previstos en esta ley.

A los fines de la exención de pena se valorará especialmente la información que permita desbaratar una organización dedicada a la producción, comercialización o tráfico de estupefacientes. La reducción o eximición de pena no procederá respecto de la pena de inhabilitación.

Artículo 30. El juez dispondrá la destrucción, por la autoridad sanitaria nacional, de los estupefacientes en infracción o elementos destinados a su elaboración a no ser que pertenecieren a un tercero no responsable o salvo que puedan ser aprovechados por la misma autoridad, dejando expresa constancia del uso a atribuirles.

Las especies vegetales de *Papaver somniferum* L., *Erithroxylon coca* Lam y *Cannabis sativa* L., se destruirán por incineración. En todos los casos, previamente, deberá practicarse una pericia para determinar su naturaleza, calidad y cantidad, conservando las muestras necesarias para la sustanciación de la causa o eventuales nuevas pericias, muestras que serán destruidas cuando el proceso haya concluido definitivamente. La destrucción a que se refiere el párrafo primero se realizará en acto público dentro de los cinco días siguientes de haberse practicado las correspondientes pericias y separación de muestras en presencia del juez o del secretario del juzgado y de dos testigos y se invitará a las autoridades competentes del Poder Ejecutivo del área respectiva. Se dejará constancia de la destrucción en acta que

se agregará al expediente de la causa firmada por el juez o el secretario, testigos y funcionarios presentes. Además se procederá al comiso de los bienes e instrumentos empleados para la comisión del delito, salvo que pertenecieren a una persona ajena al hecho y que las circunstancias del caso o elementos objetivos acreditaran que no podía conocer tal empleo ilícito. Igualmente se procederá a la incautación del beneficio económico obtenido por el delito.

Artículo 31. Efectivos de cuales quiera de los organismos de seguridad y de la Administración Nacional de Aduanas podrán actuar en jurisdicción de las otras en persecución de delincuentes, sospechosos de delitos e infractores de esta ley o para la realización de diligencias urgentes relacionadas con la misma, debiendo darse inmediato conocimiento al organismo de seguridad del lugar. Los organismos de seguridad y la Administración Nacional de Aduanas adoptarán un mecanismo de consulta permanente y la Policía Federal Argentina ordenará la información que le suministren aquéllos, quienes tendrán un sistema de acceso al banco de datos para una eficiente lucha contra el tráfico ilícito de estupefacientes en todo el país. Mantendrán su vigencia los convenios que hubiesen celebrado los organismos de seguridad, la Administración Nacional de Aduanas y demás entes administrativos con el objeto de colaborar y aunar esfuerzos en la lucha contra el narcotráfico y la prevención del abuso de drogas.

Artículo 31 bis. Durante el curso de una investigación y a los efectos de comprobar la comisión de algún delito previsto en esta ley o en el artículo 866 del Código Aduanero, de impedir su consumación, de lograr la individualización o detención de los autores, partícipes o encubridores, o para obtener y asegurar los medios de prueba necesarios, el juez por resolución fundada podrá disponer, si las finalidades de la investigación no pudieran ser logradas de otro modo, que agentes de las fuerzas de seguridad en actividad, actuando en forma encubierta:

- a) Se introduzcan como integrantes de organizaciones delictivas que tengan entre sus fines la comisión de los delitos previstos en esta ley o en el artículo 866 del Código Aduanero.
- b) Participen en la realización de alguno de los hechos previstos en esta ley o en el artículo 866 del Código Aduanero. La designación deberá consignar el nombre verdadero del agente y la falsa identidad con la que actuará en el caso, y será reservada fuera de las actuaciones y con la debida seguridad.

La información que el agente encubierto vaya logrando, será puesta de inmediato en conocimiento del juez. La designación de un agente encubierto deberá mantenerse en estricto secreto. Cuando fuere absolutamente imprescindible

aportar como prueba la información personal del agente encubierto, éste declarará como testigo, sin perjuicio de adoptarse, en su caso, las medidas previstas en el artículo 31 quinquies (nota).

Artículo 31 ter. No será punible el agente encubierto que como consecuencia necesaria del desarrollo de la actuación encomendada, se hubiese visto compelido a incurrir en un delito, siempre que éste no implique poner en peligro cierto la vida o la integridad física de una persona o la imposición de un grave sufrimiento físico o moral a otro. Cuando el agente encubierto hubiese resultado imputado en un proceso, hará saber confidencialmente su carácter al juez interviniente, quien en forma reservada recabará la pertinente información a la autoridad que corresponda.

Si el caso correspondiere a las previsiones del primer párrafo de este artículo, el juez lo resolverá sin develar la verdadera identidad del imputado.

Artículo 31 quater. Ningún agente de las fuerzas de seguridad podrá ser obligado a actuar como agente encubierto. La negativa a hacerlo no será tenida como antecedente desfavorable para ningún efecto.

Artículo 31 quinquies. Cuando peligre la seguridad de la persona que haya actuado como agente encubierto por haberse develado su verdadera identidad, tendrá derecho a optar entre permanecer activo o pasar a retiro, cualquiera fuese la cantidad de años de servicio que tuviera. En este último caso se le reconocerá un haber de retiro igual al que le corresponda a quien tenga dos grados más del que él tiene. En cuanto fuere compatible, se aplicarán las disposiciones del artículo 33 bis.

Artículo 31 sexies. El funcionario o empleado público que indebidamente revelare la real o nueva identidad de un agente encubierto o, en su caso, la nueva identidad o el domicilio de un testigo o imputado protegido, será reprimido con prisión de dos a seis años, multa de diez mil a cien mil pesos e inhabilitación absoluta perpetua. El funcionario o empleado público que por imprudencia, negligencia o inobservancia de los deberes a su cargo, permitiere o diere ocasión a que otro conozca dicha información, será sancionado con prisión de uno a cuatro años, multa de un mil a treinta mil pesos e inhabilitación especial de tres a diez años.

Artículo 32. Cuando la demora en el procedimiento pueda comprometer el éxito de la investigación, el juez de la causa podrá actuar en ajena jurisdicción territorial, ordenando a las autoridades de prevención las diligencias que entienda pertinentes, debiendo comunicar las medidas dispuestas al juez del lugar. Además, las autoridades de prevención deben poner en conocimiento del juez del lugar los resultados de las diligencias practicadas, poniendo a disposición del mismo las personas detenidas a fin de que este magistrado controle si la privación de la libertad responde estrictamente a las medidas ordenadas. Constatado este extremo el juez del lugar pondrá a los detenidos a disposición del juez de la causa.

Artículo 33. El juez de la causa podrá autorizar a la autoridad de prevención que postergue la detención de personas o el secuestro de estupefacientes cuando estime que la ejecución inmediata de dichas medidas puede comprometer el éxito de la investigación. El juez podrá incluso suspender la interceptación en territorio argentino de una remesa ilícita de estupefacientes y permitir su salida del país, cuando tuviere seguridades de que será vigilada por las autoridades judiciales del país de destino. Esta medida deberá disponerse por resolución fundada, haciéndose constar, en cuanto sea posible, la calidad y cantidad de la sustancia vigilada como así también su peso.

Artículo 33 bis. Cuando las circunstancias del caso hicieren presumir fundadamente un peligro cierto para la vida o la integridad física de un testigo o de un imputado que hubiese colaborado con la investigación, el tribunal deberá disponer las medidas especiales de protección que resulten adecuadas. Estas podrán incluso consistir en la sustitución de la identidad del testigo o imputado, y en la provisión de los recursos económicos indispensables para el cambio de domicilio y de ocupación, si fuesen necesarias. La gestión que corresponda quedará a cargo del Ministerio de Justicia de la Nación.
(VER DECRETO 262/98)

Artículo 34. Los delitos previstos y penados por esta ley serán de competencia de la justicia federal en todo el país, excepto para aquellas provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que, mediante ley de adhesión, opten por asumir su competencia en las condiciones y con los alcances que se prevén a continuación:
1. Artículo 5º incisos c) y e), cuando se comercie, entregue, suministre o facilite estupefacientes fraccionados en dosis destinadas directamente al consumidor.

2. Artículo 5º penúltimo párrafo.
3. Artículo 5º Ultimo párrafo.
4. Artículo 14.
5. Artículo 29.
6. Artículos 204, 204 bis , 204 ter y 204 quater del Código Penal. (texto conforme) **ley N° 26.052**)

Artículo 34 bis. Las personas que denuncien cualquier delito previsto en esta ley o en el artículo 866 del Código Aduanero, se mantendrá en el anonimato.

Artículo 35. Incorpórase a la **ley 10.903** como **artículo 18 bis** el siguiente:

Art. 18 bis: En todos los casos en que una mujer embarazada diera a luz en el transcurso del proceso o durante el cumplimiento de una condena por infracción a la ley de estupefacientes, la madre deberá, dentro de los cinco días posteriores al nacimiento someter al hijo a una revisión médica especializada para determinar si presenta síntomas de dependencia de aquéllos. La misma obligación tendrá el padre, el tutor y el guardador. Su incumplimiento será penado con multa de cuarenta y cinco mil a trescientos treinta y siete mil quinientos australes y el juez deberá ordenar la medida omitida.

Artículo 36. Si como consecuencia de infracciones a la presente ley, el juez de la causa advirtiere que el padre o la madre han comprometido la seguridad, la salud física o psíquica o la moralidad de sus hijos menores, deberá remitir los antecedentes pertinentes al juez competente para que resuelva sobre la procedencia de las previsiones del artículo 307, inciso 3º del Código Civil.

Artículo 37. Reemplázese los artículos 25 y 26 de la ley 20.655 por los siguientes:

Art. 25: Será reprimido con prisión de un mes a tres años, si no resultare un delito más severamente penado, el que suministrare a un participante en una competencia deportiva, con su consentimiento o sin él, sustancias estimulantes o depresivas tendientes a aumentar o disminuir anormalmente su rendimiento. La misma pena tendrá el participante de una competencia deportiva que usare algunas de estas sustancias.

LEY 7088

MENDOZA, 7 de enero de 2003.

(LEY GENERAL VIGENTE)

(DECRETO REGLAMENTARIO 338/03 B.O. 15/12/03)

**(VER ADEMAS DECRETO 774/07, CREACION DEL PROGRAMA PROVINCIAL
DE EQUIPOS INSTITUCIONALES DE ALCOHOLISMO)**

B.O. : 21/02/03

NRO. ARTS. : 0015

TEMA : CREACION PLAN PROVINCIAL ADICCIONES MINISTERIO GOBIERNO
PREVENCION, ASISTENCIA COMITE EJECUTIVO

EL SENADO Y CAMARA DE DIPUTADOS DE LA PROVINCIA DE MENDOZA,
SANCIONAN CON FUERZA DE LEY:

Artículo 1º - Créase el Plan Provincial de Adicciones en el ámbito del Ministerio de Gobierno, a fin de abordar integralmente la prevención y la asistencia de adicciones y de articular acciones con las áreas encargadas de la prevención y el control del narcotráfico.

Art. 2º - Fíjense como propósitos y objetivos prioritarios del Plan, sin perjuicio de otros que estime convenientes el Poder Ejecutivo Provincial, los siguientes:

- a) Promover y desarrollar valores que generen hábitos y conductas sanas y responsables.
- b) Abordar la problemática en forma intersectorial e interdisciplinaria, priorizando fundamentalmente la educación y prevención integral y aquellas acciones tendientes a reducir los daños provocados por el consumo de sustancias.
- c) Diseñar y fortalecer las acciones de educación y de prevención específica e inespecífica en el nivel local, promoviendo la inclusión, participación y organización de la comunidad.
- d) Coordinar, integrar y fortalecer todas las acciones desarrolladas desde las distintas áreas del Gobierno Provincial atinentes a la prevención, tratamiento y

control del uso indebido de sustancias, en pos de que las mismas respondan a criterios unificados y para el óptimo aprovechamiento de los recursos destinados a tal fin.

- e) Fortalecer y coordinar las acciones de organismos no gubernamentales y de organizaciones comunitarias y propiciar su articulación con las del sector público.
- f) Identificar los problemas, su magnitud, las condiciones y factores de riesgo y los recursos existentes en la Provincia para la detección precoz de adicciones.
- g) Garantizar la asistencia integral adecuada a los usuarios de drogas y a su entorno familiar articulando para ello los recursos estatales con los de ámbito privado, y promover el desarrollo de centros especializados a tal fin.
- h) Capacitar y actualizar los recursos humanos y desarrollar sistemas de documentación, información y monitoreo para la toma de decisiones.
- i) Potenciar la integración de las fuerzas de seguridad provincial con otros organismos de nivel regional y nacional para lograr una efectiva complementación en la prevención y control del narcotráfico.
- j) Diseñar estrategias de comunicación que tengan como fin hacer conocer los recursos institucionales, transformar actitudes y conductas y que contemplen las necesidades de información de la población acerca de la temática.

Art. 3º - La estructura del Plan contemplará:

- 1) Un Secretario General, el que deberá ser un funcionario que ostente Cargo de Mayor Jerarquía, designado por Decreto del señor Gobernador de la Provincia, quien tendrá a su cargo las funciones de:
 - a) Diseñar las políticas de Estado en adicciones.
 - b) Coordinar las estrategias intersectoriales.
 - c) Garantizar la articulación interministerial.
 - d) Supervisar las acciones del Plan y evaluar los programas y proyectos implementados y su adecuación a los objetivos fijados en el Artículo 2º de la presente Ley.
 - e) Presidir las reuniones del Comité Ejecutivo en Adicciones.

- f) Proponer al Poder Ejecutivo la designación de un representante provincial ante el SEDRONAR (Secretaría para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico) u organismo que lo remplace en el futuro.
- g) Administrar el Fondo Afectado para el Abordaje de las Adicciones.

2) Un Secretario Coordinador, designado por el señor Gobernador de la Provincia, quien deberá poseer título universitario y acreditar experiencia y antecedentes en trabajo social y/o humanístico, conforme al cargo. El Secretario Coordinador tendrá a cargo las funciones de:

- a) Asesorar técnicamente en el diseño de las políticas de Estado en adicciones.
- b) Coordinar las acciones del Plan.
- c) Diseñar programas y proyectos para la consecución de los objetivos fijados en el Artículo 2° de la presente Ley.
- d) En ausencia del Secretario General presidirá las reuniones del Comité Ejecutivo en Adicciones.
- e) Dirigir al equipo de trabajo específico del Plan.
- f) Supervisar el funcionamiento y promover la creación de programas en distintas dependencias ministeriales en consonancia con el objeto de la presente Ley.
- g) Realizar los controles de gestión de las instituciones no gubernamentales que sean beneficiarias de recursos estatales para la prevención y/o asistencia de adicciones.

Art. 4° - Créase un Comité Ejecutivo en Adicciones, el que estará conformado por representantes del Ministerio de Desarrollo Social y Salud, de la Dirección General de Escuelas, del Ministerio de Justicia y Seguridad y del Ministerio de Gobierno.

Art. 5° - El Comité Ejecutivo en Adicciones tendrá la misión de implementar las políticas fijadas y sus funciones serán:

- a) Elaborar diagnósticos de situación desde cada área y actualizarlos periódicamente.

- b) Ejecutar estrategias intersectoriales tendientes a la prevención y la asistencia de la problemática en cuestión.
- c) Elaborar e implementar programas y proyectos en cumplimiento de los objetivos fijados en el Artículo 2° de la presente Ley.
- d) Evaluar el impacto social de los programas y proyectos desarrollados.
- e) Proponer indicadores y variables que permitan diseñar un sistema de monitoreo de la incidencia de la problemática en las distintas franjas etéreas.
- f) Generar espacios de debate y discusión acerca de las adicciones que permitan la participación de la comunidad en general y en particular de la población infanto juvenil.
- g) Proponer acciones que efectivicen la articulación interministerial y la interdisciplina como herramientas para el abordaje de la problemática.
- h) Coordinar acciones con organismos municipales, nacionales, públicos y privados.

Art. 6° - Créase el Consejo Asesor Intersectorial del Plan Provincial de Prevención y Asistencia de Adicciones, del que participarán representantes de las siguientes instituciones:

- a) Organizaciones no gubernamentales;
- b) Universidades Nacionales y Provinciales;
- c) Asociaciones sin fines de lucro;
- d) Círculos y Colegios Profesionales;
- e) Obras Sociales, Prepagas y Aseguradoras;
- f) Consejos Municipales de la Juventud, Niñez, Adolescencia, Familia y Mujer;
- g) Comisiones legislativas;
- h) Medios de comunicación;
- i) Iglesias de todos los credos;
- j) Toda otra institución privada o pública relacionada directa o indirectamente con la problemática de prevención y asistencia de adicciones.

Art. 7º - Las funciones del Consejo Asesor Intersectorial del Plan Provincial de Prevención y Asistencia de Adicciones serán las siguientes:

- a) Asesorar a las autoridades del Plan acerca de políticas específicas, planes, programas y proyectos relacionados con la educación, prevención, asistencia y rehabilitación de adicciones.
- b) Promover la participación y coordinación interinstitucional, estableciendo mecanismos de consulta permanente referidos al abordaje integral de la problemática de las adicciones.
- c) Auditar que la aplicación y afectación presupuestaria de los recursos que componen el Fondo creado en el Art. 8º, sean destinados fundamentalmente a la asistencia directa del Programa.

Art. 8º - Créase un Fondo Especial para el Abordaje de las Adicciones, con carácter de Recurso Afectado, el que se conformará en una cuenta única con Unidad Organizativa específica dentro del presupuesto de la Jurisdicción Ministerio de Gobierno y que estará integrado de la siguiente manera:

a) Destínase un monto de Pesos Trescientos Mil (\$ 300.000.-) que será financiado con parte de las utilidades anuales líquidas y realizadas del Instituto Provincial de Juegos y Casinos u Organismo que lo reemplace, cuyo importe proporcional se depositará mensualmente en doce (12) cuotas iguales, en la cuenta mencionada.

(VER ADEMÁS LEY 7183, ART. 108)

- b) Destínase la suma que anualmente le asigne el Presupuesto Anual del Ministerio de Gobierno.
- c) Los fondos que se transfieran desde otras jurisdicciones.
- d) Los préstamos otorgados al cumplimiento de los objetivos del Plan.
- e) Los subsidios de los ámbitos provincial, nacional e internacional, provenientes tanto del sector público como privado, que se otorguen al Plan o a alguno de los programas o proyectos que se desarrollen en su marco.
- f) Legados y/o donaciones.

Art. 9º - Hasta tanto se integre en su totalidad el Fondo creado por el Artículo 8º, el Poder Ejecutivo deberá incluir a partir del próximo presupuesto, el financiamiento necesario para dar cumplimiento a los objetivos de la presente Ley.

Art. 10 - El Poder Ejecutivo Provincial promoverá la descentralización de acciones y programas a los municipios quienes podrán adherir por medio de actas acuerdo.

Art. 11 - Los efectores asistenciales específicos para el tratamiento de adicciones serán responsabilidad del Ministerio de Desarrollo Social y Salud.

Las funciones del Plan Provincial de Adicciones en esta materia serán de fortalecimiento y articulación entre los distintos efectores estatales y entre éstos y las distintas Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC), prepagas y obras sociales con el objeto de dar cumplimiento a lo establecido en el Artículo 3º, incisos d), e), f), y g) de la presente Ley.

Art. 12 - Créase el Registro de Organizaciones de la Sociedad Civil vinculado a la prevención, tratamiento y rehabilitación de personas dependientes, a los fines de su categorización de acuerdo a la normativa vigente, el que dependerá del Plan.

Art. 13 - Será autoridad de aplicación de la presente Ley el Ministerio de Gobierno u organismo que lo reemplace en el futuro.

Art. 14 - El Poder Ejecutivo deberá reglamentar la presente Ley en treinta (30) días corridos a partir de su promulgación.

Art. 15 - Comuníquese al Poder Ejecutivo.

DADA EN EL RECINTO DE SESIONES DE LA HONORABLE
LEGISLATURA DE LA PROVINCIA DE MENDOZA, a los siete días del mes de
enero del año dos mil tres.

El Plan Provincial de Adicciones fortalecerá el armado de una red de atención

Miércoles, 23 de Julio de 2008 08:27

Así quedó establecido en una reunión entre especialistas del Programa Nacional de Atención de las Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación y el ministro de Salud, Sergio Saracco; parte de su gabinete y directores de hospitales y áreas sanitarias departamentales. El objetivo es proyectar las diferentes intervenciones del ministerio nacional en la atención primaria y secundaria sobre el tema de adicciones en Mendoza, además de consensuar el armado de mesas de trabajo para generar un diálogo fluido con cada protagonista.

Una comisión del Programa Nacional de Atención de las Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación visitó Mendoza e intercambió opiniones con el ministro de Salud, Sergio Saracco; parte de su gabinete y directores de hospitales y áreas sanitarias departamentales.

El objetivo de la reunión fue proyectar las diferentes intervenciones del Ministerio de Salud de la Nación en la atención primaria y secundaria sobre el tema de adicciones en Mendoza, además de consensuar el armado de mesas de trabajo que sirvan para generar un diálogo fluido con cada uno de los protagonistas de los equipos de salud.

En el encuentro participaron también el subsecretario de Gestión de Salud, Pedro Masman; el director del Plan Provincial de Adicciones, Mauricio Vezzoni, el director de Salud Mental, Alberto Navarro, y Aldo Dománico y Mónica Cerutti, del Programa Nacional de Atención de las Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación.

Asimismo, asistieron equipos de profesionales que se desempeñan en la especialidad en hospitales, áreas sanitarias departamentales y programas preventivos del Ministerio de Salud.

En sus palabras de apertura, Saracco expresó: "Esta visita de autoridades nacionales servirá para empezar a articular con las provincias las políticas de salud y su relación con el abordaje integral de las adicciones".

A través del apoyo técnico y financiero de Nación se concretará este abordaje integral desde los hospitales. En un principio, la colaboración se traducirá en el suministro de tiras reactivas para las guardias hospitalarias, que servirán para detectar la presencia de drogas en pacientes que ingresan con cuadros no muy claros de excitación.

A su turno, Dománico sostuvo: "Venimos a apoyar el rearmado de la red que en estos

momentos la provincia está llevando adelante desde su propio sistema de salud. El proyecto abarca al tercer nivel, es decir, los hospitales, además del segundo nivel y terreno, para que junto con las áreas que se ocupan del desarrollo social y cultural a nivel provincial y nacional contribuyan a fortalecer social y sanitariamente esta red".

Dománico también destacó la refuncionalización estratégica del área de adicciones que se está llevando adelante en la Provincia. "Mendoza ha encarado el tema con fortaleza y decisión política, tanto por parte del gobernador como del ministro", finalizó.

Posteriormente, Vezzoni afirmó: "La reunión sirve para interiorizarse acerca de cómo trabajan los distintos efectores en la atención de adicciones, incluyendo salas de guardia y de urgencia de los hospitales, más los centros preventivos asistenciales del Plan Provincial de Adicciones, además de la red de atención primaria compuesta por los centros de salud ministeriales".

"Desde esa perspectiva –continuó el funcionario–, evaluaremos los requerimientos en cuanto a capacitación y recursos humanos y físicos, para implementar luego estrategias en todos los niveles de atención en la temática".

La jornada apuntó a sensibilizar y hacerles entender a los integrantes de los equipos de salud la gran importancia que tienen en este proyecto a pesar de que no fueron formados históricamente en la temática de adicciones.

Durante la reunión se conocieron las necesidades concretas de Mendoza en materia de abordaje de adicciones, para luego determinar qué aspectos se fortalecerán y la manera de acompañar este proceso por parte del Ministerio de Salud de la Nación.

Entre las metas del Programa Nacional de Atención de las Adicciones figura la consolidación de los modelos de atención de adicciones existentes y lograr en el transcurso de dos años un 20% de cobertura de la población afectada. Para alcanzarlo, se busca acordar con cada provincia sobre un sistema de atención basado en una red.

Analizaron en Mendoza estrategias contra la drogadicción

Miércoles, 08 de Agosto de 2012 19:43



Las políticas a seguir y una revisión de la aplicación de las políticas de prevención de las adicciones analizará el Consejo Federal para la Prevención y Asistencia de las Adicciones y Control del Narcotráfico, (COFEDRO), durante la reunión que tuvo lugar en Mendoza. En este caso se trabajará específicamente sobre el desarrollo de las políticas públicas desde la perspectiva de la salud mental.

Uno de sus asistentes, el subsecretario de Planificación, Prevención y Asistencia, del Ministerio de Salud de la Nación, licenciado Ignacio O'Donnell, señaló que desde la Nación se trabaja en coordinación con todas las áreas relacionadas en la lucha contra este flagelo como son Salud, Educación y Seguridad.

Destacó además los avances logrados por la provincia a través del Plan Provincial de Adicciones, a cargo de la licenciada Carina Stehlik. O'Donnell ratificó que se están aplicando políticas concretas en materia preventiva en lo que se debe luchar contra una cultura del consumo que se manifiesta generalmente en los sectores más jóvenes. Llamó la atención hacia las adicciones más toleradas socialmente como el tabaco y el alcohol, pero que son puerta de entrada a las más graves.

El COFEDRO, que depende de la Secretaría de Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico, (SEDRONAR) está conformado por dos mesas de trabajo: la Mesa 1, integrada por los representantes del área de salud mental y prevención de las adicciones de las diferentes provincias; y la Mesa 2, compuesta por los representantes regionales de las

fuerzas de seguridad.

Esta asamblea regional tuvo lugar en la sede del Plan Provincial de Adicciones y tuvo como eje la mesa 1, siendo su principal organizador el director de Salud Mental de Mendoza, doctor Alberto Navarro. El funcionario explicó que estuvieron representantes de las provincias de Mendoza, San Juan, San Luis y La Rioja. Entre todos, agregó, se intercambiaron experiencias y esfuerzos para enfrentar las realidades de cada una.

Para resaltar la importancia del encuentro y la atención que se pone desde la Nación a las situaciones regionales a través del COFEDRO, participaron de esta asamblea el vicepresidente segundo, doctor Alberto Andalor y el coordinador de la mesa 1, doctor Carlos Alberto Vizzotti.

Especialista reflexiona sobre la falta de prevención en materia de adicciones

Edicioncuyo.com

El Lic. Miguel Conocente, quien se desempeñó como director del Plan Provincial de Adicciones en gestiones anteriores, denuncia la falta de políticas de prevención que existe en la actualidad. Afirmó que son los prejuicios los principales obstáculos para avanzar en acciones concretas que permitan disminuir esta problemática social de salud integral.

Para el especialista el gobierno provincial presenta "un gran déficit de políticas de prevención de adicciones". A la inexistencia de un plan provincial que aborde esta problemática, agrega el abandono de los programas que estuvieron en vigencia durante el tiempo que llevó su gestión al frente de Plan Provincial de Adicciones durante el periodo 2000 - 2007.

Conocente asegura que los resultados arrojados por el trabajo realizado durante esos años fueron "positivos", por lo que sostiene que dichos programas deberían haberse profundizado en la gestión que le siguió. "Hoy no hay recursos destinados a la prevención, mientras que en esa época contábamos inclusive con insumos presupuestados". Como prueba, explica que Mendoza fue la única provincia de las más grandes que en la medición nacional que se hizo en el 2006 estuvo por debajo de la media en el consumo de sustancias.

Respecto a las estrategias de prevención que se llevan adelante a nivel nacional, el especialista entiende que se apunta básicamente al ámbito escolar por lo que quedan sectores sin contemplar. Además, lamenta que se trabajen programas "inspirados en modelos extranjeros" que no se adecuan a la realidad local y tampoco presentan instancias de evaluación real.



Consultado por las razones que postergan la puesta en marcha efectiva de acciones preventivas en materia de adicciones, Conocente – quien además es miembro de la fundación Dicere- puntualiza en dos. En primer lugar explica la falta de acercamiento con la problemática desde una perspectiva social y de salud integral por parte de los profesionales de grado que se dedican al tema.

A continuación menciona el tema de los prejuicios sociales que existen en torno a la temática y que terminan por repercutir de manera de manera completa en las políticas preventivas: “Así como en un punto de la historia existió la idea de que los leprosarios debían ubicarse lejos de los centros habitados , y después sucedió lo mismo con la locura, hoy son las problemáticas adictivas las que se orientan en ese sentido. Se ha instalado la idea de que mientras más lejos se encuentren los adictos y poco visible mejor es”. En este sentido, el especialista se refiere a la imagen demonizada que los medios de comunicación construyen sobre los jóvenes con problemas de adicciones, ligandolos directamente a lo “escandaloso” y vaciando de contenido el asunto.

Finalmente, remarca que el punto clave en prevención – “de cualquier tipo y no solo de sustancias tóxicas”, aclara – es la integración de los propios destinatarios a la elaboración de programas que se orienten en este sentido y, a partir de allí, el

establecimiento de alguna dimensión de pregunta en relación a la propia cotidianeidad del adicto".

DOCENTES DEL ESTE TENDRÁN CAPACITACIÓN EN ADICCIONES CON EL "PROGRAMA QUIERO SER"

Agosto 16 del 2008



El día Martes de 8:30 a 18:30hs se realizará la última jornada intensiva en el Centro de Congresos y Exposiciones de Mendoza. Con esta capacitación se sumarán 120 docentes más y 46 escuelas de la Región Norte perteneciente a Guaymallen terminando la segunda etapa que comenzo del 5 al 8 de agosto.

Mientras tanto los días 20 y 21 de Agosto comienza la Tercera Etapa también con jornadas intensivas a realizarse en el departamento de San Martin, pertenecientes a la Región Este que comprende Junín, Rivadavia, San Martin, Santa Rosa y La Paz. con un total de 240 docentes los dos días y 152 Escuelas de esa Región. Lugar: Esc. GRAL.JOSE DE SAN MARTIN – Dirección 25 DE MAYO 149 SAN MARTIN Tel: 02623-421252



Cabe aclarar que la capacitación del día Martes en el Centro de Congresos es para la Región que quedó pendiente de la segunda etapa, y que solamente involucra a los docentes que no han realizado su capacitación anteriormente. Ya que es la misma realizada en el mes de Abril y la primer semana de agosto

Durante la semana se capacitarán unas 340 docentes y 200 escuelas con un impacto de 7.053 alumnos.

Todas las capacitaciones son organizadas y coordinadas por el Plan Provincial de Adicciones del Ministerio de Salud, la SEDRONAR (Secretaria de Programación y Prevención para la lucha contra el Narcotráfico) y la Dirección Gral. de Escuelas. Así mismo el **Programa "Quiero Ser"** esta declarado de Interés Educativo por la Directora Iris María Lima y de Interés Provincial por el Gobernador Celso Jaque. para mas información comunicarse con el Plan Provincial de Adicciones

Tel: 0261-4240653

prevencionadicciones-salud@mendoza.gov.ar

REFUNCIONALIZACIÓN Y APERTURA DEL CENTRO PREVENTIVO ASISTENCIAL Y CENTRO DE DÍA TEJADA GÓMEZ

La Dirección General de Salud Mental y el Plan Provincial de Adicciones se complacen en invitar a ud/s al acto de Refuncionalización y Apertura del Centro Preventivo Asistencial en Adicciones de Capital y Centro de Día "Tejada Gómez" a realizarse el día 5 de agosto de 2008 a las 09:30 hs en el local del Centro ubicado en Pasaje Vargas 598 de Ciudad.

Esperando contar con vuestra presencia saludamos atentamente.

Lic. Mauricio Vezzoni

Coordinador Plan de Adicciones

Apoyan armado de una red de atención desde Nación julio 28, 2008

**Ministerio de Salud de Nación en Adicciones visitó Mendoza
Reunión con Directores de Hospitales**



Una comisión del Programa Nacional de Atención de las Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación visitó Mendoza e intercambió opiniones con el ministro de Salud, Sergio Saracco; parte de su gabinete y directores de hospitales y áreas sanitarias departamentales.

El objetivo de la reunión fue proyectar las diferentes intervenciones del Ministerio de Salud de la Nación en la atención primaria y secundaria sobre el tema de adicciones en Mendoza, además de consensuar el armado de mesas de trabajo que sirvan para generar un diálogo fluido con cada uno de los protagonistas de los equipos de salud.



En el encuentro participaron también el subsecretario de Gestión de Salud, Pedro Masman; el director del Plan Provincial de Adicciones, Mauricio Vezzoni, el director de Salud Mental, Alberto Navarro, y Aldo Dománico y Mónica Cerutti, del

Programa Nacional de Atención de las Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación.

Asimismo, asistieron equipos de profesionales que se desempeñan en la especialidad en hospitales, áreas sanitarias departamentales y programas preventivos del Ministerio de Salud.



En sus palabras de apertura, Saracco expresó: “Esta visita de autoridades nacionales servirá para empezar a articular con las provincias las políticas de salud y su relación con el abordaje integral de las adicciones”.

A través del apoyo técnico y financiero de Nación se concretará este abordaje integral desde los hospitales. En un principio, la colaboración se traducirá en el suministro de tiras reactivas para las guardias hospitalarias, que servirán para detectar la presencia de drogas en pacientes que ingresan con cuadros no muy claros de excitación.

“Las Previas de Mendoza” julio 20, 2008

Posted by fmroska in [General](#), [Jóvenes](#).

[add a comment](#)

PLAN DE ADICCIONES REALIZÓ UN RELEVAMIENTO EN “LAS PREVIAS DE JÓVENES”

En la noche del viernes 18 de julio vísperas del día del Amigo, personal del Plan Provincial de Prevención en Adicciones realizó relevamientos en los distintos

boliches, pubs, estaciones de servicios y casas de comida donde los jóvenes frecuentan y se realizan "Las Previas"

Este primer relevamiento se realizó en algunas de las arterias más importantes de la ciudad de Mendoza, calles Arístides Villanueva, San Martín Sur, y Chacras de Coria.

Un recorrido que duró casi 5 horas.

El motivo de esta iniciativa es recabar datos, lugares y espacios donde se realizan las previas, tipo de bebidas que consumen, clase y nivel social, así como también información sobre los controles policiales, viales municipales entre otros.



Así mismo todos los datos obtenidos servirán para profundizar y establecer distintos programas que se realizarán en la Campaña Masiva de "Uso indebido de Alcohol" que el Plan Provincial de Adicciones en conjunto con diferentes Ministerios: Seguridad, Salud, Municipios, Padres Preventores y Voluntarios llevará a cabo en el mes de Agosto – Septiembre con un fuerte impacto en la comunidad.

Esta campaña se incluye como parte del proyecto de Ley de Emergencia en Seguridad del Gobierno de Mendoza.

Este primer relevamiento del año que se realiza desde el Plan Provincial de Adicciones durante la noche joven ha demostrado un compromiso de la sociedad en todos los ambientes ya que en las casas, boliches y pubs donde se recaudó información algunos dueños y patovicas estaban muy conformes por la iniciativa y predispuestos a colaborar para hacer un uso responsable del consumo de Alcohol.



Fotos: Martin Zibelman – Martin Saita (Estacion de Servicios, Control Policial, Ruta panamericana Chacras C.)

Nota: Plan Provincial de Adicciones