

UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE
FACULTAD DE FILOSOFIA Y HUMANIDADES
ESCUELA DE ANTROPOLOGIA

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIATURA EN ANTROPOLOGIA

ANTROPOLOGIA Y SALUD
UN APOORTE AL TRATAMIENTO EN
DROGODEPENDENCIAS: **RE**CONSTRUYENDO
NUEVAS PROPUESTAS METODOLOGICAS

TESISTA: CAROLINA AYALA ARAYA
PROF. GUIA: RICARDO OYARZÚN
PROF. INFORMANTE: CLAUDIA PRADINES
ROBERTO MORALES

VALDIVIA, 20 DE DICIEMBRE DE 2006

“...Lo que la mente quiere es ser libre, y la prohibición a esta libertad se llama obstrucción a la naturaleza” (Yang Chu, siglo III d.C.)

“ La moderación presupone el placer; la abstinencia, no. Por eso hay más abstemios que moderados” (Lichtenberg , *Aforismos*).

INDICE	
INTRODUCCION	I
PRESENTACIÓN	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
Descripción del problema	2
MARCO TEORICO	15
Perspectiva de las representaciones sociales	19
Paradigmas en Drogodependencias	23
Modelo Medico Penal	24
El Paradigma de Reducción de Daños	27
Algunos antecedentes de la realidad chilena	34
OBJETIVOS	42
MARCO METODOLÓGICO	
Definición del sujeto y objeto de la investigación	43
Delimitación tiempo, espacio y alcances	49
Formulación preguntas de investigación	50
Algunos alcances sobre el Focus Group como Herramienta Metodológica	52
Metodología de Análisis de Datos	53
ANÁLISIS DE LOS DATOS	
Representaciones culturales del consumo de drogas	55
Factores desencadenantes del consumo problemático	59
Evaluación de los programas de prevención existentes	64
Propuestas para abordar la prevención	70
DISCUSIÓN	77
CONCLUSIONES	89
RECOMENDACIONES	92
BIBLIOGRAFÍA	99
ANEXO 1 Preguntas generadoras para Focus Group	101

INTRODUCCIÓN

La tesis que se presenta a continuación, corresponde a un estudio exploratorio, desarrollado en la comuna de Los Andes, con personas vinculadas a la temática del consumo problemático de drogas desde diferentes ámbitos, es decir, consumidores problemáticos, terapeutas, consumidores ocasionales.

El objetivo de este estudio se plantea como la co-costrucción de propuestas metodológicas que permitan dar un mejor impacto a las actuales estrategias de prevención así como una nueva mirada a los procesos de Tratamiento de consumos problemáticos de drogas, de manera de hacerlos mas humanizantes e integradores, y terminar con la actual mirada fragmentaria que pretende intervenir a los sujetos fuera de sus contextos y configuraciones culturales.

Por un lado esta tesis plantea que los consumidores problemáticos de drogas no estarían llegando a los dispositivos de tratamiento, ni tampoco estarían aprehendiendo los mensajes preventivos, debido a que existiría una incompatibilidad entre la conceptualización que hace el modelo biomédico-penal, sobre la problemática y las propias realidades socioculturales de los sujetos que están involucrados en ella.

Para profundizar en un análisis que sea capaz de reconocer y rescatar las complejidades del fenómeno, fue necesario desarrollar una revisión de los actuales modelos imperantes en función de la problemática del consumo de drogas, así como de las particularidades de la mirada chilena, a partir de la cual se planifica y desarrollan planes y programas para enfrentar el “problema” a nivel país.

El sujeto de estudio de esta investigación, fueron los sujetos que habiendo desarrollado consumos problemáticos, se marginaron al menos una vez de la oferta de tratamiento disponible, por no constituir esta una opción válida para enfrentar la crisis.

Para abordar nuestro objeto de estudio, fue necesario indagar en las representaciones culturales que los sujetos hacen del consumo de drogas en general y consumo problemático en particular, en las percepciones que manejan de los dispositivos de prevención y tratamiento, y rescatar las propuestas en torno al abordaje de la problemática en tanto sujetos involucrados directamente en ella.

Como el sentido de esta investigación fue la co-construcción de propuestas metodológicas, se elaboraron a partir de las percepciones tanto de consumidores como de terapeutas una serie de sugerencias que pretenden configurar una nueva mirada, así como una reformulación de las estrategias existentes implementadas en nuestro país para el abordaje el “consumo de drogas”.

PRESENTACIÓN

Esta tesis se enmarca en la categoría de una investigación aplicada de carácter participativo, que pretende resolver problemas sociales. Específicamente el problema de las drogodependencias, es un ámbito de intervención, en el que la Antropología tiene mucho que aportar, como forma de descentralizar la mirada impuesta actualmente y empezar a considerar en la planificación de estrategias al cúmulo de actores involucrados en la problemática.

Este no es un tema solo de terapeutas, ni de médicos psiquiatras, o psicólogos, autores de una intervención unilateral, donde la “droga” representa la disfuncionalidad que debe ser remediada y extirpada del sujeto, a través de un “tratamiento” (que en dichos de Egenau, puede ser traducido, como la instancia en donde Yo, terapeuta *trato* y tu paciente, *mientes* “Trata-miento”). Si no, un espacio social, cultural, intersubjetivo, relacional, lleno de significados y representaciones, que lo hacen de una complejidad que trasciende los límites de la subjetividad de los “consumidores” e inunda el espacio social ocupado y compartido por todos y cada uno de los sujetos.

De esta forma, cuando abordamos la “problemática del consumo de drogas”, apreciamos, que la opción metodológica de aislar la variable consumo, es irreal e insustentable. No existe el “consumo”, de bienes en general, y drogas en particular, como una conducta o pulsión independiente de estímulos, necesidades,

contextos, aprendizajes, endoculturación y socialización. Según esto la incorporación de los drogodependientes, y el espacio social en el que se desarrollan (amigos, familiares, dealers, etc.) así como de terapeutas y organismos de control, resulta de primera importancia. Cada uno de estos actores interviene en algún momento del proceso de consumo, desde su mirada fragmentaria, y con sus particulares herramientas, lo que se traduce en una descoordinación que repercute en forma negativa directamente en los consumidores.

De ahí, que la necesidad de plantear un entendimiento integral de la problemática, nos lleve a trabajar por la búsqueda de nuevas metodologías de abordaje, mas humanizantes, menos marginadoras y sin duda más efectivas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Descripción Del Problema

Existe una crisis sanitaria y una crisis en la medicina contemporánea que no se debe solamente a la orientación neoliberal y del capitalismo en la etapa de globalización en la que nos encontramos, pero es consecuencia importante de éstos, al agravarse las desigualdades sociales que generan serios problemas específicos de salud. Específicamente Chile presenta un perfil epidemiológico

donde coexisten, por una parte enfermedades infecciosas y problemas derivados de malas condiciones de saneamiento ambiental propios de una sociedad en desarrollo; y por otra, enfermedades cardiovasculares, cánceres y traumatismos, que predominan en el patrón de mortalidad actual y que se asemejan al perfil epidemiológico de una sociedad desarrollada¹

Así además vemos aparecer problemas relacionados con enfermedades asociadas a la drogadicción, alcoholismo, ETS y VIH Sida, violencia intrafamiliar, enfermedades asociadas al trabajo, stress, y enfermedades del área mental, como la depresión entre muchas.

Por otra parte, el sistema médico occidental, entre varios problemas, es testigo de una fuga de sus pacientes lo que corresponde a fenómenos socioeconómicos, políticos, culturales y epidemiológicos más amplios. Estos usuarios, de manera creciente, van engrosando la fila de otros sistemas y paradigmas médicos, que privilegian de mejor forma a la persona enferma y su cuidado.

Sin embargo, tenemos un importante porcentaje de la población, consumidora de sustancias psicoactivas, que no engrosan ninguna de las filas antes mencionadas, es decir, ni las de la medicina occidental, ni las de la medicina alternativa. Que se

¹ Garantías explícitas en salud del régimen general de garantías en salud. DTO.Nº170 de 2004. Publicado en el diario oficial de 28.01.05.

ve marginada de los servicios de atención sanitaria, maximizando su situación de vulnerabilidad social, y por lo tanto aumentando los riesgos asociados a un estilo de vida de marginalidad y pobreza.

En los estudios sobre consumo de drogas lo que abunda son las cifras y perfiles de poblaciones institucionalizadas, en tratamiento. Es decir la punta del iceberg. Mientras tanto existen poblaciones más extensas que se desconocen y que ya sea por estar estigmatizadas o por diferentes tabúes, nunca llegan a la consulta, son las llamadas **poblaciones ocultas**. (Umprimny, 1997)

El planteamiento de esta investigación alude, a que esta marginación estaría asociada a la incompatibilidad de la visión del modelo biomédico-penal (*o psico-penal, o psiquiátrico-penal, con fuerte presencia de un enfoque bio-médico y de profesionales ligados al ámbito de la salud mental como Psiquiatras y Psicólogos*) adoptado en el tratamiento de las drogodependencias, con las realidades socioculturales de los sujetos a quienes trata de incluir. En otras palabras, la complejidad del fenómeno del consumo de drogas, con sus múltiples dimensiones escapa mucho de las de un fenómeno de pertinencia exclusiva del ámbito de la salud.

La incompatibilidad del modelo biomédico-penal con las realidades socioculturales de los sujetos se estructuraría por un lado (aspecto médico) a partir del hecho que

la atención médica operaría sesgada por una construcción biomédica que prioriza en indicadores biológicos, reduce lo psicológico a comportamientos individuales y patologiza lo social, descontextualizando las prácticas de sus condiciones de vida; y por otro (aspecto penal) a partir de la generación de un marco jurídico que penaliza en forma creciente conductas de consumo discriminando en forma arbitraria entre unas sustancias y otras. Lo anterior se expresaría en el bajo éxito de los tratamientos, los altos índices de abandono (poca adherencia), la alta tasa de recaídas, la doble victimización que implica el modelo (y las limitaciones que plantea en términos de posibilidades de acción, pudiendo actuar sólo paliativamente) evidenciando una incomprensión y desconocimiento de los patrones culturales de consumo. Esto, refiriéndonos a la población que “llega” a los dispositivos. En cuanto a la población con desarrollo de consumos problemáticos, que no llega a los dispositivos de tratamiento, asumiendo que en su mayoría tiene al menos una idea vaga de su funcionamiento, asumo cierta “impopularidad”, que puede tener su origen en la visibilización de los resultados antes mencionados, así como en la carga estigmatizante que asocia consumos de drogas con “enfermedad y vicio”.

Me atrevo a afirmar que, la conceptualización de la “dependencia a las drogas” como una enfermedad, limita las posibilidades de acción sobre el mismo, y

excluye toda posibilidad de tratar el fenómeno en sus causas y orígenes, y nos deja por lo tanto, en la incapacidad de dar soluciones efectivas al problema.

La multidimensionalidad del fenómeno nos exige pararnos desde un modelo específico, para poder analizar sus implicancias y complejidades, y por lo tanto, nos exige además establecer una clara postura ética desde la cual abordar la problemática. Esto constituye el principal escollo para una intervención libre de sesgos morales, y valorativos, que puede ser éticamente correcta, pero no aceptable moralmente (socialmente). Esta ambigüedad puede ser, en dichos de Savater, explicada de la siguiente forma: “ética y moral pueden ser usados como equivalentes, sin embargo, desde un punto de vista técnico, no tienen idéntico significado. *Moral* es el conjunto de comportamientos y normas que tú, yo y algunos de quienes nos rodean solemos aceptar como válidos; *Ética*, es la reflexión sobre *por qué* los consideramos válidos y la comparación con otras *morales* que tienen personas diferentes”.(Savater; 1992:19)

Ética y moral, es una aclaración que debe estar presente en la práctica de nuestra disciplina (Antropología), ya que constituye nuestro deber disciplinario el responder a sujetos individuales, con representaciones particulares y vivencias específicas. Y en el fenómeno del consumo de drogas, se hace imposible obviar esta complejidad.

La intención investigativa, está en exponer una nueva conceptualización del “problema de la droga”, a partir del análisis crítico de la actual conceptualización imperante en nuestra sociedad, pretendiendo “limpiar” el presente sesgo moral que la transversaliza, y de esta manera, atender el contexto, en el que efectivamente se desarrolla la cuestión. Hablamos de aquella parte de la población, (que no constituye precisamente una mayoría) que desarrolla consumos de drogas problemáticos y que se encuentra marginada de los dispositivos de salud, por diversas razones, asociadas principalmente a la configuración del modelo imperante, que victimiza doblemente a estos sujetos, y los categoriza como enfermos y/o delincuentes, imposibilitando la capacidad de acción o intervención sobre la estructura del fenómeno, quedándose sólo en la atención limitada de los efectos.

En materia de drogas existe un marco internacional bastante rígido, pues la política criminal es definida en gran parte por el derecho internacional. Por ello, la gran mayoría de las legislaciones internas sobre drogas son el desarrollo de acuerdos internacionales propugnados por Estados Unidos. Así, desde la Conferencia de Shangai –en 1909- hasta el Protocolo común relativo a la aplicación de la Convención de Viena y del Convenio de Paris, de 1988, pasando por la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes y el Protocolo de 1972 de Modificación de La Convención Única de 1961 sobre estupefacientes, hemos tenido un régimen jurídico internacional que prohíbe en forma absoluta la

producción, el uso y tráfico de ciertas drogas cuando se efectúan con finalidades diferentes a las estrictamente médicas o científicas.

Eso es el prohibicionismo, política que descansa en una idea muy simple, a saber: si no hay drogas no hay consumo de esas drogas, y a fortiori no puede haber abuso de las mismas. Por consiguiente hay que prohibir en forma absoluta su producción y comercialización.

Sin embargo, Umprimny manifiesta que tal vez lo más grave no sea la ineficacia manifiesta de la guerra a las drogas en cuanto a conseguir su objetivo de reducir la oferta de las drogas declaradas ilegales, sino el hecho de que esta estrategia de prohibicionismo máximo ha sido en cambio muy exitosa en provocar múltiples efectos perversos:

- 1) Consolidar una poderosa economía ilegal internacionalizada a base de las ganancias extraordinarias provenientes de la propia ilegalidad; ilegalidad que provoca un monopolio criminal de distribución, con todas las secuelas que ello tiene en cuanto a violencia, corrupción e inestabilidad institucional.
- 2) Sobrecarga del aparato judicial penal, expresado en un número considerable de arrestos y encarcelamientos por “delitos” relacionados con drogas (entre ellos consumidores).

- 3) La criminalización del consumo, aunando dentro de esta categoría tanto los robos para “procurarse un producto artificialmente caro” (Umprimny, R; 1997) así como el uso de sustancias prohibidas per se.

- 4) La creación de un derecho penal cada vez menos liberal y con mayores restricciones a las garantías ciudadanas, por ejemplo los test obligatorios a funcionarios públicos y privados.

- 5) La estimulación de comportamientos discriminatorios. “Los análisis históricos han mostrado que la penalización del uso de ciertas drogas –independiente de la búsqueda de control del consumo- puede operar como mecanismo de segregación y control de ciertas poblaciones. (Ummprimy, R; 1997)

En síntesis la guerra a las drogas tiene no solo efectos criminógenos- al inducir a conductas delictivas muy diversas- sino que facilita la consolidación de dispositivos autoritarios de control social más propios de estados policiales que de regímenes democráticos y estados de derecho.

Efectivamente el “problema de la droga” se entiende como de competencia de dos ámbitos: Jurídico-penal y Salud pública, y precisamente en ese orden. Ya que el problema se conceptualiza primero desde la prohibición, atendiendo a la infracción

de la norma jurídico penal que plantea la ilegalidad del consumo y tráfico de ciertas sustancias “prohibidas”; y luego se trabaja, casi como atendiendo al *margen de error* de los esfuerzos del modelo de reducción de la oferta y la demanda (Prohibicionista), con aquella población aun infractora en términos de uso de sustancias, pero desde una perspectiva sanitaria, en la medida que dicha población se reconoce, pero mayormente es reconocida por la sociedad, como enferma, ya que desarrolla consumos que “siempre son abusivos y descontrolados”.

Para Umprimny, la paradoja de la guerra a las drogas radica en que a pesar de hacerse en nombre de la salud pública, las actuales políticas no se han traducido en una mayor protección al consumidor. “Por un lado, porque la combinación de tratamiento médico obligatorio (enfaticando en la abstinencia) con la amenaza de sanción penal termina por marginar al consumidor. Y en gran medida esa marginación, más que el uso de la droga en sí mismo, es la que provoca los más graves efectos al usuario”. (Umprimny, R; 1997)

Cuando hablo de sesgo moral, atiendo precisamente a que el “problema de la droga” se construye a partir de un consenso (entre unos pocos) que establece la ilegalidad y peligrosidad de ciertas sustancias (para muchos), en forma absolutamente arbitraria y que está muy lejos de sustentarse en datos científicos que determinen los efectos farmacológicos perjudiciales de éstas. Es así como

nos enfrentamos a la realidad de que "no son las drogas las que matan sino la prohibición, ya que en más de un aspecto las drogas no son prohibidas porque son peligrosas; sino que terminan siendo peligrosas porque son prohibidas. Es decir, el riesgo radica específicamente en las condiciones de ilegalidad en que se efectúa el consumo.

Newcombe (Newcombe;1995) plantea un análisis a partir del cual podemos establecer el nivel riesgo asociado al consumo de sustancias, y claramente podemos concluir el rol de la prohibición en la maximización de los mismos:

Dosis: Se refiere a la cantidad tomada en un momento dado. Aquí el riesgo se refiere a sobrepasar el nivel de dosis cuyos efectos negativos empiezan a pesar más que los positivos, y de este modo el riesgo de (por ejemplo) una sobredosis y un envenenamiento importante. De que manera, yo consumidor, puedo saber donde está el límite entre el riesgo y la seguridad, si cualquier información respecto del "correcto uso" de una sustancia (exceptuando el alcohol), es considerado como incitación y validación del consumo.

Potencia / toxicidad: Se refiere a la escala de efectos mentales y físicos causados por una unidad de tamaño/peso de una droga. En general, las formas menos potentes y más naturales de una droga probablemente tengan menos efectos dañinos. Sabemos que los test de calidad, para probar el grado de toxicidad de

una sustancia, no están disponibles en el mercado, y la ilegalidad del tráfico (mercado negro), potencia las probabilidades de conseguir sustancias de mala calidad, sumamente tóxicas y con componentes no conocidos, que permiten que proveedores inescrupulosos “dealers” mezclen las sustancias con elementos de alta toxicidad para el organismo, como mecanismo para aumentar las dosis y por ende las ganancias.

Frecuencia: Se refiere al número de veces que una persona consume una droga en un período de tiempo determinado, y por ende al número y duración de períodos de abstinencia. Aunque en general el riesgo aumenta con la frecuencia, los usuarios ocasionales (especialmente los principiantes) afrontan mayores riesgos porque no conocen las técnicas más seguras (Dorn, 1987)

Además menciona algunas dimensiones cualitativas de riesgo, donde los niveles de peligro se unen más fácilmente a categorías nominales que a las medibles en una escala numérica:

Acceso: Se refiere al método por el cual una persona consigue una droga; por ejemplo, robando dinero o vendiendo sexo, vendiéndola en el mercado negro, obteniéndola por prescripción, etc. Una consideración obvia es que las drogas ilegales son más propensas a contener adulterantes que las prescritas, y de este modo hay más probabilidad de que causen daños al usuario.

Preparación: Se refiere a todas las acciones pertinentes que se llevan a cabo antes y durante la administración, tales como filtrar los adulterantes de las drogas inyectables, comer antes de beber alcohol, usar una pequeña bolsa de plástico para inhalar solventes, etc. (Gestión del Riesgo)

Vía y estilo de uso: se refieren al método de administración y el modo concreto en que se realiza. Estas son importantes determinantes del peligro del uso de una droga. Existen cuatro vías de uso principales, que implican el sistema digestivo, respiratorio, membranoso y circulatorio, que a su vez implican distintos grados de peligrosidad.

La forma de administración también influye en la peligrosidad de consumir drogas. Por ejemplo beber alcohol lentamente puede ser menos arriesgado que engullirlo.

Patrones de uso múltiple: (o policonsumo) a partir de combinaciones de dos o más productos; en términos fisiológicos; una nueva droga, a menudo mucho más potente que la suma de sus partes. Se sabe que combinar drogas depresoras como opiáceos y alcohol es particularmente peligroso; menos se sabe acerca de los posibles efectos de muchas otras combinaciones populares (por ejemplo, anfetaminas y cannabis, cocaína y heroína).

Cuidados posteriores: se refiere a las actividades individuales de reducción de daños tomadas después de haberse administrado una droga, como beber bastante agua después de un consumo considerable de alcohol.

Propensión: se refiere a las razones por las que las personas toman drogas, y su personalidad, conocimientos, actitudes y estado de ánimo en ese momento.

Escenario: Se puede expresar con las preguntas: dónde, con quién, o ¿y si..? En resumen, significa que el riesgo de tomar drogas puede estar influenciado por la localización, las personas en cuya compañía se consume, y la aparición de sucesos inesperados.

A Partir de este marco analítico, es posible dilucidar que la inaccesibilidad a información verídica y necesaria que instaura la prohibición respecto a las sustancias en sí y particularmente a su consumo, determinan los altos niveles de riesgo en que se encuentran numerosos sectores de la población consumidores de drogas. Y si a esto sumamos la relación entre variables como nivel socioeconómico v/s acceso a información, tenemos un elemento que potencia el grado de marginación y vulnerabilidad de los sectores más desprotegidos de nuestra sociedad, los que precisamente son consumidores de sustancias de mayor toxicidad y peor calidad.

MARCO TEÓRICO

Fernando Savater, plantea que actualmente estamos frente a un nuevo modelo de Estado, que surgiría a partir de una simbiosis entre el Estado Pastor y el Estado Gestor planteado por Foucault.² El Estado Clínico, presente en la mayoría de las democracias occidentales, tendría por objeto o empeño principal, el conservar, pulir y dar esplendor a la **Salud Pública**. Es para Savater, en esta mágica noción de “salud pública”, donde se potencian los contenidos pastoriles con la legitimación instrumental de la gestión eficaz, y según sus palabras “donde se amanceban lo utilitario y lo teológico, el rendimiento productivo y la moralina”.

(Savater; 1990)

Desde esta perspectiva, el Estado Clínico concibe la Salud pública, como el estado necesario de salud que asegure la continuidad de la producción de un país. Estableciéndose como obligación del estado Clínico el imponerla y ya no garantizarla (Salud pública).

² “El Estado Gestor tiene como tarea servir de intermediario y si es posible de armonizador en los conflictos que surgen entre los ciudadanos, procurando administrar del modo menos incompetente las parcelas de probado interés colectivo. El estado Pastor, en cambio, se empeña en garantizar la felicidad de cada súbdito, tal como el buen pastor no descansa hasta que cada una de sus ovejas, incluso la más pequeña y gozosamente descarriada, vuelve al redil.” Fernando Savater.

“En el fondo, se trata de contraposición entre la vida entendida como funcionamiento y la vida entendida como experimento. La vida como funcionamiento, si es posible como buen funcionamiento, es la vida tal como la entienden las mentalidades colectivistas de izquierdas o derechas; la pauta de funcionamiento y el baremo por el que se juzga si éste es bueno o malo queda establecido de modo único para todos los casos. Si alguien funciona bien no es cosa que deba determinar él mismo, sino la colectividad. La vida como experimento es la vida pensada desde lo irrepetible y lo insustituible, es decir desde el sujeto individual, que a base de elementos recibidos, tradiciones asumidas o rechazadas, pactos con los demás e iniciativas propias va fraguando lo nunca visto: la vida de cualquiera de ustedes o la mía. Por decirlo de una vez: en la vida como experimento el individuo se toma en serio su libertad y en la vida como funcionamiento el Estado se toma serias libertades con los individuos. Por supuesto no sin ser invocado a ello por parte de los individuos mismos, pues no olvidemos que bajo su bata blanca el Estado Clínico oculta la piel de oveja del Buen Pastor”. (Savater, F; 1990)

La cuestión de la libertad, es un asunto del que no podemos obviar análisis. Libertad es poder decir “sí” o “no”; lo hago o no lo hago, digan lo que digan mis jefes o los demás; esto me conviene y lo quiero, aquello no me conviene y por tanto no lo quiero. Libertad es decidir, pero también, darte cuenta de que estas decidiendo. (Savater, F; 1992)

Nadie puede ser libre por otro, o en lugar de otro, es decir,: nadie puede dispensarme de elegir y de buscar por mí mismo. Cuando se es un niño pequeño, inmaduro, con poco conocimiento de la vida y de la realidad basta con la obediencia, la rutina o el capricho. Pero es que todavía se está dependiendo de alguien, en manos de otro que vela por nosotros. Luego hay que hacerse adulto, es decir, capaz de inventar en cierto modo la propia vida y no simplemente de vivir la que otros han inventado para uno. Naturalmente no podemos inventarnos del todo porque no vivimos solos y muchas cosas se nos imponen queramos o no. Los procesos de socialización y endoculturación toman relevancia en este aspecto.

Un problema claro que atraviesa la política pública y el discurso público respecto del tema de las drogas es el cúmulo de prejuicios, distorsiones, ideologizaciones y exageraciones que lo rondan. Tantos límites invisibles a la conversación ciudadana en torno al tema muestran, correlativamente, otros tantos fantasmas de la política y de la sociedad respecto de la subjetividad de las personas. Por lo mismo, resulta indispensable penetrar dicho estigma para hacer aflorar el conjunto heterogéneo de elementos que lo estructuran histórica y especulativamente. A partir de esta operación, creo que se nos abre el camino para entender el problema del consumo adictivo de drogas de manera más sensata. No está de más, dados los prejuicios y lugares comunes respecto del tema de las drogas,

insistir en que el consumo y la adicción son términos distintos. La mayor parte de los consumidores de drogas no son adictos. (Hopenhayn, M. 199x)

Hasta el siglo XIX el uso de drogas se asociaba principalmente a prácticas chamánicas y rituales de curación, conjuro, predistigitación o consejo. Y en culturas occidentales y modernas, a estados de expansión y creatividad en el ámbito de la creación artística, la bohemia y la fiesta. Hoy la droga es bestia negra del imaginario. Para Hopenhayn se construye metafóricamente como el detonador de aquello que el sujeto racionalizado y disciplinado del Occidente moderno no puede tolerar, y que le es disfuncional a su proyecto de productividad progresiva: desborde anímico, excesiva expansividad imaginante, desorden de la razón, reblandecimiento de las categorías analíticas, merma de la voluntad productiva. La droga es el aguafiestas del modelo ideal del sujeto disciplinado cuyas rutinas no son quebradas por las dudas existenciales, el desfallecimiento anímico o la debilidad de las convicciones; ironía respecto del sujeto maximizador mediante la dilapidación de energías productivas en el consumo y la resaca post-consumo; y relativización del sujeto de control y cálculo, mediante experiencias de embriaguez que mueven a la fusión sujeto-objeto, y a la pérdida de individualidad separada del mundo. Por donde se mire la droga socava las bases de la subjetividad moderna. El estigma nace entonces desde la raíz de la modernidad, a saber, desde el sujeto de categorías claras, centrado en su potencial productivo-

económico y en su capacidad de control y manipulación, que construye un discurso fóbico respecto de lo que se le opone. (Hopenhayn; 199x)

Es en el siglo XIX cuando el consumo de drogas va a plantear un problema social para las sociedades occidentales. El consumo manifiesta para muchos el peligro de lo que ya no está regulado por rituales colectivos, se sale de la lógica de lo culturalmente establecido, de lo socialmente normado. Por otra parte plantea para otros una atracción por un modo de vida que se maneja desde otro sistema de valores. Este sistema se construye por fuera, al lado y, a menudo, contra valores socialmente aceptados.

Perspectiva desde las representaciones sociales

Creo que este Estado Clínico, como lo nombra Savater, requiere para retomar la humanidad necesaria y el correcto camino, abordar el problema de la salud desde el punto de vista de las representaciones sociales o al menos incluir esta perspectiva. El permitir la participación de los sujetos en la construcción de la explicación a los distintos elementos que intervienen en el proceso salud enfermedad en general, y consumo de drogas en particular; el cómo los grupos sociales explican la enfermedad, como conceptualizan el problema, cómo

previenen los riesgos, y cómo atienden o asisten las consecuencias negativas, constituye una fuente de conocimiento empírico que no encontrarán en los libros científicos ni médicos. Es imperativo dejar de negar la importancia de la construcción social de la enfermedad y de su manejo.

En la medida que somos capaces de entender las conceptualizaciones que manejan los sujetos respecto de la salud y la enfermedad, de las funcionalidades de ciertas sustancias como las drogas y el alcohol, al mismo tiempo podemos conectarnos y profundizar respecto de aquellas prácticas enfocadas al autocuidado y a la reducción de los efectos negativos de prácticas como el consumo de drogas. De esta manera sería más fácil prever el fracaso de intervenciones sanitarias en poblaciones en las cuales dicha intervención resulta incompatible con la conceptualización de la enfermedad o de la disfuncionalidad.

Si entendemos las representaciones sociales como los modos de interpretar y pensar la realidad cotidiana que los sujetos construyen según la posición que ocupan en la sociedad y que funcionan como orientadoras de sus comportamientos, podemos vincularlo al concepto de hábitos.

El concepto de hábitus, plantea que las decisiones que toma una persona respecto de un hecho en particular no son infinitas, sino que su actuar estará limitado por la carga cultural que ese sujeto lleva consigo, es decir, dependerá del grupo en el que esté inserto, de los recursos de los que disponga, de lo moralmente aceptado o prohibido en ese entorno, el status que se detenta, entre otros.

La perspectiva analítica de Pierre Bourdieu nos posibilita vincular las representaciones con la posición social. En este sentido el concepto de "habitus" constituye una herramienta teórica invaluable para entender las prácticas en términos de estrategias, es decir, en defensa de los intereses asociados a la posición que se ocupa en cada campo. De este modo y a través de un análisis relacional se articulan las posiciones sociales con las disposiciones ("habitus", o "estrategias representativas") y las tomas de posición. El fin último consiste en acceder al modo en que los sujetos interiorizan las estructuras sociales para comprender el sentido que otorgan a sus prácticas de cuidado de la salud.

En este sentido, el abordaje antropológico permite dar cuenta que las prácticas de los sujetos - al estar transversalizadas por elementos culturales- los llevan a percibir de distinto modo los mismos fenómenos y a actuar en consecuencia.

En la misma línea, García Canclini, a través del concepto de consumo, entendido como "conjunto de procesos socioculturales en que se realizan la apropiación y los usos de los productos", nos permite comprender el modo en que los sujetos despliegan un conjunto de operaciones cognitivas que les posibilita representar, según su posición social, un modo particular de apropiación (uso) de los servicios de salud mental. De esta manera, podemos acceder a los factores asociados que determinan el que un sujeto llegue o no a los dispositivos existentes para el tratamiento de drogodependencias.

Por otro lado, desde la perspectiva analítica de Eduardo Menéndez, quien lo define (el hábitus) como un universal que opera estructuralmente -aunque en forma diferenciada- en toda sociedad y en todos los conjuntos sociales estratificados que la integran; la enfermedad y los padecimientos constituyen hechos frecuentes que afectan la vida de las personas y, en tal sentido, la respuesta social a la incidencia de enfermedad es también un hecho cotidiano y recurrente, de tal modo tanto los padecimientos como las respuestas a los mismos, constituyen procesos estructurales en todo sistema. En consecuencia, dichos sistemas y conjuntos sociales no sólo generarán representaciones y prácticas, sino que estructurarán un saber para enfrentar, solucionar y erradicar los padecimientos.

Paradigmas en drogodependencias

Según Iban de Rementería existirían dos grandes paradigmas para interpretar el asunto de las drogas, los cuales difieren principalmente en sus estrategias de intervención ante el consumo: El primero lo constituiría la propuesta por una sociedad libre de drogas, la que privilegiaría la prevención del consumo o la reducción del riesgo, proponiendo una actuación ex ante. Esta propuesta reduce el problema al modelo infectocontagioso, donde lo que se trata es de impedir que la población vulnerable o en condición de riesgo entre en contacto con ella o esté vacunada ante tal eventualidad.

Por otro lado, el segundo paradigma, “Reducción de Daños”, pone el problema en el campo cultural, entiéndase representaciones sociales, dinámicas de consumo, entre otras; reconociendo la funcionalidad de las drogas en la sociedad y proponiendo intervenir sobre las consecuencias negativas de su abuso, proponiendo una actuación ex post. Me referiré a él en profundidad más adelante.

Modelo medico/penal

Marlatt, plantea que frente a la problemática del consumo de drogas actualmente estamos frente a la imperancia de dos modelos: el modelo médico y el modelo moralista o penal.

El modelo médico, se sustenta en el concepto de adicción³ y la define como una enfermedad biológica/genética que requiere tratamiento y rehabilitación. Desde este modelo, la dependencia es considerada como una enfermedad progresiva que no puede ser curada, solo “detenida” por un compromiso de abstinencia, ejemplificado en el discurso de AA, “soy alcohólico y llevo 40 años sin beber”, donde la identidad del sujeto se desarrolla en torno a la dependencia a la sustancia y se habla de una cronicidad de la “enfermedad”. Cualquier consumo posterior de drogas se define como una recaída de la enfermedad, un resultado inevitable determinado por factores biológicos ajenos al control del individuo, “craving” y “perdida de control” desencadenados por los efectos biológicos de las drogas. No existe el consumo moderado, los sujetos son incapaces de no abusar, de controlar lo que consumen.

³ Según la OMS, la adicción se entiende como un “estado de intoxicación crónica y periódica originada por el consumo repetido de una droga natural o sintética, caracterizada por: Una compulsión a continuar consumiendo por cualquier medio; Una tendencia al aumento de la dosis; Una dependencia psíquica y generalmente física de los efectos; Consecuencias perjudiciales para el individuo y la sociedad. (*Serie de Informes Técnicos*, ONU, números 116 y 117, 1957.)

En este modelo se le concede gran importancia a la prevención y a programas de tratamiento que se centran en el abordaje/terapia sobre el deseo de consumo o demanda de drogas, siendo un enfoque basado en la “reducción de la demanda”.

Para Rementería, las limitaciones del modelo médico (sanitario) parten de la conceptualización del consumo como enfermedad, por lo tanto ausencia de salud, y por ende “anormal”. Esta opción coartaría la posibilidad de encontrar e identificar los factores asociados reales del uso de las drogas al negar la voluntad humana en el hecho, estableciendo una analogía con la idea del vicio en salud mental.

Desde esta perspectiva, el modelo médico podría atender sólo las consecuencias del consumo abusivo de las drogas, como un asunto sanitario, quedando incapacitado para atender y/o develar las causas, que corresponderían a un fenómeno cultural. Es más, plantea que las limitaciones del modelo se extienden, a que sólo puede dar cuenta de las consecuencias sanitarias del consumo abusivo, y estaría por lo tanto impedido de dar cuenta de las consecuencias sociales, culturales y criminales, las que dependerían “del grado de solidaridad y de tolerancia en la especificidad de las conductas que cada sociedad concreta haya logrado alcanzar” (Rementería; 2001)

Por otro lado en el modelo penal (moralista para Marlatt), se iguala todo consumo de drogas al mismo nivel de criminalidad (o enfermedad) y fracasa en distinguir entre consumos más o menos perjudiciales.

Ambos modelos se conjugan al momento de implementarse las políticas de gobierno en torno al tema, ya que confluyen en un objetivo final basado en reducir y eliminar progresivamente el consumo de drogas, centrándose fundamentalmente en el consumidor.

Ambos modelos además centran sus metas y comparten como sólido principio el logro de la abstinencia como único resultado aceptable, tanto encarcelamiento como del tratamiento. Por esto podemos agrupar a estos modelos en aquellos denominados “Libres de Drogas”

Desde el punto de vista del modelo moralista, que asume el consumo de drogas ilegales como moralmente impropio, la política de control de drogas, ha determinado que el consumo de drogas ilegales y/o distribución de tales drogas es un crimen merecedor de castigo. Desde este punto de vista, el sistema penal, se presentaría como una extensión del modelo moralista, colaborando con los artífices de la política nacional (extensión de la política internacional) de drogas ejerciendo la “Guerra contra las drogas”; cuyo objetivo final es promover el desarrollo de una sociedad libre de drogas, a través de un enfoque de “reducción

de la oferta”. De esta manera la política nacional, estatal y local se dedica a arrestar por igual a traficantes como a consumidores en pos del intento de reducir aún más la oferta de drogas.

El paradigma de Reducción de Daños

El concepto de Reducción de Daños empezó a utilizarse terminado la década de los 80, en respuesta a dos factores de presión concretos. El primero fue el problema de infección por VIH entre usuarios de drogas vía parenteral (UDVP). El segundo, las sospechas crecientes de que las estrategias que habíamos adoptado para tratar el consumo de drogas no habían mejorado sino que exacerbado el problema. (O'hare, 1995).

A principios de la década de los 80, un conjunto de provincias británicas, pero principalmente Merseyside, fue testigo de una proliferación epidémica del uso de drogas, específicamente de heroína. Hoy tiene el porcentaje más alto de adictos registrados en Inglaterra (1.718 por millón de personas), de los cuales aproximadamente la mitad corresponden a UDVP. Sin embargo, a pesar de tener este gran número de adictos, es la segunda región más baja en UDVP con VIH positivo registrados, seis personas por cada millón; además, a pesar de tener una tasa de desempleo muy alta, la policía de Merseyside fue la única fuerza que reconoció un descenso en los delitos notificados en 1990. Aunque se dispone de pocas investigaciones concluyentes para probar estos resultados, los que conocen bien la zona

creen que la baja frecuencia de delitos de infección por VIH sólo puede estar relacionada con las distintas políticas para tratar el uso de drogas aplicadas en esa localidad. La existencia de estas políticas ha motivado la construcción de un modelo conceptual de suministro de servicios de atención a las drogodependencias. Dirigido principalmente a reducir los daños relacionados con las drogas, que ha alcanzado reputación internacional y se conoce como el -modelo de reducción de daños de Mersey. (O'Hare, 1995).

En 1994, la revista "Cahiers médico-social" señalaba que las estrategias de riesgos pueden ser definidas como toda acción individual y colectiva, médica o social, destinada a minimizar los efectos negativos del consumo de drogas en las condiciones jurídicas y culturales actuales. Por su parte, en Febrero de 2000 Ethan Nadelman en relación a la Reducción de Riesgos afirma "...los objetivos de la reducción de riesgos se centran en reducir tanto las consecuencias negativas del uso de drogas como las de la política sobre drogas, sabiendo que ambas van a continuar en un futuro previsible. (Minnó, 1993)

La reducción de los daños –también conocida como limitación de daños, reducción del riesgo o minimización de los daños- es una política social que da prioridad al objetivo de disminuir los efectos negativos del uso de drogas. Esta estrategia se está convirtiendo en la principal alternativa a los enfoques basados

en la abstinencia, cuyo propósito principal es disminuir la frecuencia o incidencia del consumo de sustancias tóxicas. (Newcombe, 1995)

La definición de reducción de riesgos propuesta en el *Documento Marco* insiste en que:

“El concepto original de “Harm reduction”, que se traduce como reducción de daños, incluye, más allá de los daños sanitarios, los sociales, económicos y legales. Esta visión menos reduccionista comprende como receptores de los posibles daños tanto al propio consumidor como a su familia, su entorno y la sociedad en general. Se configura por lo tanto como una visión no fragmentaria de la realidad de los sujetos consumidores y de la problemática en general.

La estrategia fundamental desarrollada desde la Salud Pública se basa en la educación sanitaria orientada a modificar los conocimientos, actitudes y comportamientos de las personas, grupos y comunidades incidiendo sobre los determinantes de salud: individuales, comunitarios y sociopolíticos (factores ambientales y sociales). La educación sanitaria moderna incluye, además de acciones dirigidas a individuos, grupos y colectividades, actuaciones clave focalizadas en factores externos que determinan los comportamientos. Los aspectos relacionados con el bienestar social pretenden evitar la estigmatización y marginación a través de acciones individuales, grupales o estructurales en subgrupos socialmente diferenciados.

Para los propulsores de la Reducción del Daño, ésta sustenta sus raíces filosóficas en el pragmatismo y su compatibilidad con un enfoque de salud Pública, ofreciendo una alternativa práctica a los modelos moralistas y de enfermedad. Desplaza la atención del consumo de drogas en sí mismo, hacia las consecuencias o efectos de la conducta adictiva. Estos efectos son evaluados principalmente en términos de ser dañinos o útiles al consumidor y al resto de la sociedad, y no partiendo de la base de ser una conducta considerada en si misma moralmente incorrecta o errónea.

La reducción del Daño, a diferencia del modelo de enfermedad, que considera la adicción como patología biológica/genética y propone la reducción de la demanda como meta principal de la prevención, y a la abstinencia como el único objetivo aceptable de tratamiento, ofrece un amplio campo de principios y procedimientos diseñados para reducir las consecuencias dañinas de la conducta adictiva. La RD acepta el hecho de que numerosas personas consumen drogas y realizan conductas de alto riesgo, asumiendo la improbabilidad de que la visión idealista de una sociedad libre de drogas se convierta en realidad.

Pablo Egenau, plantea un listado de afirmaciones a partir de las cuales resume la necesidad del advenimiento en términos prácticos de este nuevo enfoque: ¿Por qué un nuevo enfoque? (Egenau, 2005)

- ❖ Porque los programas de abstinencia muestran un éxito parcial (entre 5 y 30%) en el total de las personas que ingresan buscando ayuda.
- ❖ Porque el visualizar los problemas de alcohol y otras drogas como una enfermedad aleja el control y autodeterminación de aquellos que viven los problemas (pacientes).
- ❖ Porque el modelo de enfermedad dice que la única solución es la abstinencia total, lo que excluye a la mayoría de las personas que sufren daños por el uso de alcohol y otras drogas.
- ❖ Porque la imposición de la abstinencia, que demanda que todos los bebedores “problema” o usuarios de otras drogas abandonen el consumo de manera inmediata, completa y para siempre, abandona a muchas personas en extremos dolor, vacío o ansiedad – una receta segura para la recaída.
- ❖ Porque el insistir que cada persona que tiene problemas de alcohol u otras drogas debe abandonar el consumo de manera inmediata, incluso antes de enfrentar otros aspectos conflictivos en su vida, significa negar a muchas personas la ayuda que requieren para eliminar o reducir ese dolor, vacío o ansiedad, abandonándolos a hacerles frente sin las drogas que les han ayudado a compensarlos durante largo tiempo.

- ❖ Porque la realidad muestra que más personas que presentan problemas de consumo de alcohol y otras drogas optan por moderar el consumo en vez de abandonarlo completamente, y que la moderación es una excelente manera de reducir el daño.
- ❖ Porque la “Guerra Contra las Drogas”, de más de dos décadas, con sus esfuerzos de controlar el consumo a través de la legislación y del castigo, nos ha dejado con más crimen, con más corrupción, con más consumo.
- ❖ Porque hemos satanizado más ciertas drogas (las ilícitas) que otras (las lícitas). Mientras cientos de miles de personas en el mundo son arrestadas por posesión y distribución de drogas y decenas de miles mueren por enfermedades relacionadas con el alcohol y otras drogas.
- ❖ Porque satanizando unas drogas más que otras, castigamos de manera desigual/desproporcionada a personas que percibimos usan más esas drogas (pobres, negros, latinos).
- ❖ Porque cuando las personas son privadas de libertad por ofensas relacionadas con drogas, no tienen acceso a tratamiento, aún cuando sabemos que el tratamiento funciona mejor que la prisión, cuando se trata de ayudar a las personas con problemas de drogas.

- ❖ Porque todo apunta a que más daño se produce por la prohibición que por las drogas en sí mismas. La prohibición es la filosofía que subyace a la imposición de los programas libres de drogas.

Algunos antecedentes de la realidad chilena

Antes de la década de los '90, eran muy pocas las organizaciones encargadas del tema de las drogas en Chile. En 1982, se creó la llamada Comisión Nacional de Drogas. Fue una experiencia de estrecha cobertura y su implementación dependía de la voluntad de los alcaldes. Más adelante, nacería la Comisión Drogas, Alcohol y Tabaco (DAT), que trabajó junto a los centros de adolescentes en algunas comunas de la Región Metropolitana, como Estación Central, Conchalí y San Miguel.

Tiempo después surgen los Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM), dependientes del Ministerio de Salud. **Entrada ya la década de los '80**, el problema de las drogas se asume como un dilema de connotación social grave, coincidiendo con el inicio de la masificación del consumo de pasta Base. Para CONACE, el incremento en la masividad del consumo y la heterogeneidad de los grupos de población involucrados serían los elementos que determinaron el aumento de la preocupación política y ciudadana. Así, junto con la llegada de la democracia, el nuevo gobierno definió entre sus tareas prioritarias enfrentar este problema, sobre todo considerando que no existía en Chile ninguna organización que trabajara en profundidad y a nivel nacional el tema de las drogas. Las ideas apuntaban a una institución que aunara todos los esfuerzos públicos en

prevención y control de drogas desperdigados por el territorio e incorporara de manera activa al sector privado.

Tras 17 años de clausura, en los primeros meses de 1990 el Congreso retoma sus funciones y el 21 de septiembre de ese año se instituyó por decreto (Nº683) un comité interministerial y asesor del entonces Presidente Patricio Aylwin en este tema. Su nombre: **Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE)**, institución del Estado encargado de diseñar y coordinar estrategias para abordar el problema de las drogas en Chile.

La creación del Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes, CONACE, dependiente del Ministerio del Interior asume la misión de implementar las políticas públicas en torno al problema de las drogas y prevenir el consumo y tráfico de sustancias ilícitas en el país.

COANCE está compuesto por 14 instituciones del Estado, las que utilizan sus redes sociales para coordinar y ejecutar programas de prevención del consumo de drogas, tratar su uso abusivo e informar a la ciudadanía sobre alcances del fenómeno. También aborda el tráfico ilícito de sustancias por medio de un control policial y legislativo.

Entre los fundamentos del tratamiento en drogodependencias implementado por Estado de Chile, se encuentra el compromiso del Estado de Chile para tratar a las personas con consumo problemático de drogas, lo que se traduce en la *Estrategia Nacional de Drogas 2003-2008*, a través del objetivo estratégico: *Rehabilitar y reinserter socialmente a personas afectadas por el consumo de drogas, mediante oportunidades de tratamiento y programas de reinserción.*

Los cinco objetivos específicos asociados al objetivo estratégico anteriormente mencionado son:

1. Aumentar la cobertura y acceso a la atención a beneficiarios de planes y programas de tratamiento y rehabilitación.
2. Mejorar la calidad de los planes y programas de tratamiento ofrecidos por el sistema público de salud y centros privados de atención.
3. Fortalecer el sistema de detección, diagnóstico y referencia, de modo de dar una respuesta oportuna y acorde al perfil del beneficiario.
4. Reinsertar e insertar socialmente a personas con problemas asociados al consumo de drogas que egresan de programas de tratamiento.

5. Formación, capacitación especialización y/o perfeccionamiento de técnicos y profesionales de la salud, para desarrollar estrategias de detección e intervención precoz del consumo de drogas y programas de tratamiento.

En función de los objetivos específicos, podemos observar claramente un énfasis en una mirada sanitaria, a partir de la cual se articulan los esfuerzos y se planifica el accionar de esta institución.

Según el Comité de Expertos en Farmacodependencia de la OMS, el término “tratamiento” se aplica al *proceso que comienza cuando las personas usuarias de sustancias psicoactivas entran en contacto con un proveedor de servicios de salud, o de otro servicio comunitario, y puede continuar a través de una sucesión de intervenciones concretas, hasta que se alcanza el nivel de salud y bienestar más alto posible.*

En la publicación de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, titulada Demand Reduction – A Glossary of Terms, se añade: *Fundamentalmente, al brindar a las personas que sufren problemas causados por el consumo de sustancias psicoactivas, una variedad de servicios y posibilidades de tratamiento para optimizar su capacidad física, mental y de interacción social, se les puede*

ayudar a alcanzar el objetivo primordial de liberarse de la drogodependencia y lograr una readaptación social plena.

Se concibe también dentro del tratamiento, el suspender y reducir el uso de sustancias y mitigar las consecuencias negativas para la salud, la vida familiar y social.

El proceso de tratamiento pretende no sólo favorecer el abandono del consumo, sino también, alcanzar éxitos parciales en el desarrollo de un funcionamiento general más armónico, tanto para la persona como para su entorno social.

El Estado de Chile, considera para la elaboración de sus directrices en el trabajo en Drogas, los principios orientadores para el tratamiento y la rehabilitación de personas con problemas de drogas del National Institute Drugs Abuse (NIDA), de Estados Unidos, entre los cuales encontramos:

1. No existe un único tratamiento apropiado para todos los individuos.
2. Los programas de tratamiento deben estar disponibles y ser de fácil acceso.
3. Un tratamiento es efectivo cuando responde a todas las necesidades de la persona y no sólo al uso de drogas.

4. Los programas de tratamiento deben ser evaluados constantemente y modificados para que respondan a las necesidades cambiantes de las personas y su contexto.
5. La consejería individual y grupal, además de las técnicas conductuales, deben ser parte importante de los programas de tratamiento.
6. Para muchas personas drogodependientes, el uso de medicamentos es útil, pero siempre combinado con tratamiento psicoterapéutico.
7. Las patologías duales deben ser tratadas en forma integral.
8. El proceso de desintoxicación es sólo la primera etapa de un tratamiento para la dependencia a drogas, por si solo no tiene mucho valor.
9. La admisión no necesita ser voluntaria para ser efectiva.⁴
10. Los programas de tratamiento deben evaluar a las personas para detectar VIH, hepatitis, TBC y otras enfermedades infecciosas y, a la vez, ayudarlos a cambiar conductas de riesgo.
11. Los procesos de rehabilitación deben considerar las recaídas (lapsus) como parte del proceso de lograr la abstinencia. Se debe incentivar la participación en grupos de autoayuda.

Si bien es posible rescatar en estos principios una mirada que reconoce el dinamismo del fenómeno del consumo de drogas, planteando la necesidad de

⁴ Este principio orientador resulta revelador, en cuanto visibiliza el sustento teórico sobre el cual se erigen las políticas sobre drogas, , “ el efecto “alienador” de las drogas. Los sujetos en contacto con drogas, pierden su capacidad de decidir sobre su propio bienestar.

reevaluar periódicamente los programas de tratamiento, al mismo tiempo plantea la necesidad perentoria del tratamiento psicoterapéutico, situación que limita las posibilidades de dinamizar las intervenciones, debido a que precisamente este tipo de intervención, enmarcado en un “setting” es la más difícil de abrir hacia otras modalidades y espacios.

Por otro lado CONACE como institución reconoce que entre las personas que consumen drogas ilícitas se encuentran, mayoritariamente, aquellas que lo hacen de forma experimental, ocasional y habitual, pero que no presentan problemas por el uso de drogas. Sin embargo, el consumo de drogas se asume como una conducta de riesgo que debe ser abordada preventivamente, ya sea de forma selectiva o indicada.

He aquí un punto de gran relevancia, y que hace surgir la siguiente inquietud: si se reconoce a nivel de Gobierno, que la mayoría de los consumidores de drogas ilícitas no pertenecerían a la categoría de consumidores problemáticos, ¿en qué principios se sustenta la respuesta represiva y punitiva de los aparatos policiales y judiciales del Estado frente a los consumidores de sustancias ilícitas?

Anualmente CONACE realiza un estudio de medición de prevalencias del consumo de drogas lícitas e ilícitas, con rotación anual de la población objetivo, es decir, un año se aplica en población general y al año siguiente en población

escolar. Los resultados de estos estudios nos permiten confirmar que, por un lado, no son los consumos de drogas ilegales, los que presentan el mayor problema en términos de Salud Pública, ni la mayor prevalencia; y por otro lado, que dentro de los consumos de drogas ilegales, la sustancia más consumida (THC, prevalencia 5,29) tampoco es la generadora de mayor compromiso biopsicosocial y por lo tanto, no debería constituir el foco de los programas de prevención.

OBJETIVOS

- Construir una propuesta metodológica de abordaje al consumo problemático de drogas a partir del rescate de las percepciones de los propios sujetos sobre los factores asociados y soluciones del mismo.

Objetivos Específicos

- 1) Indagar en las representaciones culturales del consumo de drogas en sujetos que han desarrollado consumos problemáticos.
- 2) Determinar los factores desencadenantes del consumo problemático a partir del análisis de los propios sujetos sobre su historia de vida.
- 3) Identificar tópicos en los cuales se exprese la incompatibilidad del modelo bio-médico-penal-moralista implementado en el tratamiento de las drogodependencias, con las realidades socioculturales de los sujetos.
- 4) Recolectar afirmaciones de los propios sujetos, respecto de estrategias de abordaje del problema, entendiendo por estas, ámbitos de intervención, modalidades de intervención, contexto de intervención (lugar donde se realiza)

Marco Metodológico

1. Definición del sujeto y objeto de la investigación

Según el **Quinto Estudio Nacional de Drogas en Población General 2002**, en nuestro país, **477.000** personas declaran consumo reciente (Prevalencia año) de cualquier droga ilícita (marihuana, cocaína, pasta base y otras de menor prevalencia), de éstas, **209.000** corresponderían a consumidores problemáticos, es decir, el **44%** de los consumidores recientes.

Sin embargo, sólo el 17% (**37.340**) de consumidores/as problemáticos/as de drogas, declaran desear tratamiento, lo que arroja una cifra de 171.660 personas, equivalente a un 83%, que no declaran desear tratamiento.

Según el **Sexto Estudio Nacional de Drogas en Población General 2004**, en nuestro país, **507.983** personas declaran consumo reciente (Prevalencia año) de cualquier droga ilícita (marihuana, cocaína, pasta base y otras de menor prevalencia), sin embargo, no es posible obtener los datos sobre aquellas personas que desean tratamiento.

Los resultados para aproximación a dependencia muestran el fuerte poder adictivo de la pasta base, ya que la mitad de los prevalentes (prevalencia año para PBC: 0,62) del último año de pasta base caen en la condición de dependientes

(50,07%). Asimismo, la tasa de dependencia de los que usan marihuana (prevalencia año THC: 5,29) bordea el 25%, esto es, 1 de cada 4 usuarios del último año; y la de cocaína (prevalencia año CHC: 1,28) es cercana al 36% (3 de cada 10 usuarios del último año). (CONACE, 2004: P75: TOMO IV)

Por otro lado, cifras aun menos alentadoras, hablan de que una gran mayoría de los sujetos con consumos problemáticos de drogas, que llegan a los servicios asistenciales de salud (a cualquier dispositivo, sea ambulatorio o residencial), abandonan el tratamiento, sin haber cumplido siquiera, con los objetivos iniciales del mismo. Una gran mayoría, no vuelve a intentarlo. Esta situación se produce en gran parte, por que la asistencia al dispositivo no es voluntaria, es decir, acuden generalmente por presiones sociales como, presión familiar, despido en el trabajo, o derivación directa del lugar de trabajo, etc; por lo tanto, no existe una problematización clara del consumo. Aun cuando el sujeto se encuentre en un incipiente estado contemplativo, no necesariamente se encuentra en una disposición al cambio. (Modelo Transteórico de Prochaska y Di Clemente)

Sin embargo, la llegada al dispositivo, independiente de las razones de esta (presión familiar, conflictos con la justicia, o incluso situaciones de desamparo social por ausencia de redes de apoyo), conlleva un plus, que radica en que estaríamos frente a sujetos que han logrado racionalizar (en mayor o menor medida) o han logrado asociar un estado de vida conflictivo o problemático,

expresado generalmente en un hecho particular, a un consumo específico de una o varias sustancias (independiente de cual sea).

El valor metodológico de este universo de personas (sujeto), se configura en la disposición a tomar medidas concretas, de mayor o menor alcance, que le permitan disminuir o eliminar el centro del conflicto, atendiendo a las causas de este. Simplificando al máximo esta problemática, podríamos decir que eliminado o interrumpido el consumo, estaría resuelto el problema (precisamente es ésta la premisa desde la cual trabaja el modelo médico). Sin embargo, es precisamente en este momento, en donde se debe tomar la decisión ética y metodológica, respecto de cómo se construye la mejor(es) solución(es) a la problemática.

Claramente somos sujetos integrales, desarrollamos diferentes roles en nuestro ciclo vital, muchos de ellos simultáneamente y nuestro desarrollo responde a complejos procesos biopsicosociales, que por lo demás determinan nuestra individualidad.

Desde esta perspectiva resulta imposible, por razones analíticas o científicas, fragmentar el ser en sus diferentes componentes e intervenir en cada uno de ellos por separado, cual artefacto mecánico. Tal vez sí podemos decir que nuestro funcionamiento responde más bien al de un sistema, en el que cualquier disfuncionalidad afecta el funcionamiento de la totalidad.

Nuestro sujeto, es por lo tanto, el conjunto de personas que ha problematizado un consumo que podemos conceptualizar como dañino o nocivo para su calidad de vida, pero que además, en ese mismo intento, se ha marginado al menos una vez de la oferta de tratamiento o ayuda disponible, por no constituir ésta una opción válida o adecuada para la conceptualización que el propio sujeto hace de su problema.

Debemos tener presente, como dice Savater, “no caer en la tentación” de seguir amparándonos (desde la Política Pública) en este paternalismo Presumiblemente Culpable, que trata a los adultos como si fueran niños, y a los jóvenes como si fuesen niños pequeños, forzándolos a actuar o a abstenerse de actuar por su propio bien (paternalismo benevolente) o por el bien de otros (paternalismo no-benevolente) (Savater; 199x).

La discusión por las libertades individuales de las personas es central en el abordaje de esta problemática. “La libertad tiene efectos reales y nada limita tanto las posibilidades de la libertad futura como los efectos anteriores de mi libertad pasada. “En los sueños, yo puedo saltar desde un sexto piso y encontrarme luego tomando café con unos amigos: pero en la vida de vigilia, el resultado de mi iniciativa podría ser muy diferente. Y la libertad que queremos no puede ser la falsa libertad de los sueños, la libertad sin efectos ni consecuencias. Por lo tanto,

saltar desde un sexto piso en la vida real condiciona mis posibilidades razonables de estar tomando cinco minutos después café con mis amigos; pero sería absurdo decir que no soy libre porque la primera opción dificulta o impide la segunda. Ya lo dijo Aristóteles en su *Ética Nicomáquea*: soy libre de tirar o no tirar la piedra que tengo en la mano, pero no de hacer que si una vez arrojada me arrepiento vuelva a mi puño: Que no se diga pues que si utilizo mi libertad para beberme una botella de coñac todas las tardes pierdo mi libertad porque me vuelvo alcohólico: no la pierdo, sino que la invierto de tal modo que sus efectos reales restringen mis posibilidades de opciones posteriores, como siempre ocurre al practicar la libertad, sea para bien o sea para mal". (Savater; 1990)

El sesgo moral imperante en el modelo actual, priva a los individuos de tomar decisiones respecto de lo que consumen o hacen, amparados en aquellas estadísticas funcionales (en el caso de Chile, la prevalencia año de drogas ilícitas, no supera los 7 puntos) que permiten vincular los consumos de drogas, y aun más, definirlos como causales de los males de nuestra sociedad, argumentando su incapacidad (la de los sujetos) para controlar a ese fantasma, con vida propia (droga), que atrapa a todos quienes osen siquiera probarla. Para el modelo imperante, no existen los consumos funcionales y controlados, sólo aquellos problemáticos y generadores de disfuncionalidad social.

Retomando la delimitación de nuestro objeto de estudio, se aprecia que la fuga de consumidores problemáticos de drogas (con problematización incluida) de los servicios de Salud Pública, no responde a un simple capricho de los mismos, sino más bien a la incompatibilidad de la oferta de tratamiento, configurada por el modelo médico imperante, con los alcances reales y complejidades del fenómeno, que se hacen patentes en las cifras de abandono de los tratamientos, o en términos médicos, en la poca adherencia a los programas. En definitiva, podemos afirmar, que el cambio debe estar dirigido a modificar la estructura de la atención y de los programas, de manera de hacerlos más congruentes con las realidades socioculturales de los sujetos, y tomando en cuenta, por ende, las representaciones culturales que sustentan los usos de sustancias psicoactivas. ¿Como hacerlo?, cambiando la perspectiva de abordaje del fenómeno, involucrando a los propios actores, y por sobre todo valorando sus miradas sobre la problemática, sin duda, tienen más de algo que decir.

Así, definimos como nuestro objeto de estudio, la búsqueda y construcción de una metodología de abordaje de la problemática del consumo de drogas, en el ámbito del tratamiento, en aquellos casos más críticos (altos niveles de compromiso bio-psico-social), con la participación de los propios actores, como forma de indagar en las representaciones que dan los sujetos al desarrollo de consumos problemáticos, y por ende en la búsqueda de modelos de tratamiento mas integradores y menos discriminadores. Partiendo de la base principal, de no

imponer requisitos ni soluciones a priori (como el caso de la abstinencia), y enfatizando en que el objetivo primordial del proyecto es contribuir a mejorar la calidad de vida de los sujetos, atendiendo a que esta no pasa necesariamente por eliminar los consumos, sino por controlarlos y devolverles la funcionalidad inicial.

2. Delimitación, Tiempo, Espacio Y Alcances.

- La investigación se realizó en la ciudad de Los Andes, comuna con una población de aproximadamente 60.000 habitantes, y específicamente, se trabajó en la recolección de los datos con:
- Director de dispositivo residencial, Comunidad terapéutica Renacer.
- Encargado Area Drogas en Servicio de Salud Aconcagua.
- Focus Group, con 12 jóvenes residentes de la Comunidad Terapéutica Renacer.
- Recopilación de antecedentes casos demanda espontánea Programa Previene Los Andes.
- El estudio exploratorio tuvo una duración de 4 meses
- Las pretensiones de mayor alcance de esta investigación, pretenden la elaboración de una propuesta, que se pueda implementar en forma complementaria a la utilizada en los centros de salud disponibles en la

comuna. Principalmente en aquellos de carácter ambulatorio, por poseer una mayor flexibilidad en su desempeño.

3. Preguntas de Investigación

- ¿Cómo los sujetos llegan a desarrollar consumos problemáticos?
- ¿cómo se entrecruzan las variables que determinan que un consumo se desarrolle como problemático?
- ¿de que forma se expresa el consumo como un problema?
- ¿Cómo se expresa mayormente el problema en los diferentes ámbitos: Legal, familiar, comunitario, salud, etc?
- Cómo representan los propios sujetos el desencadenamiento de un consumo problemático.
- Cómo representan los procesos terapéuticos, y como explican las deserciones del sistema.
- Cómo identifican y maximizan los recursos propios para enfrentar los consumos problemáticos.
- Hasta qué punto confluyen las miradas desde lo institucional y desde el sujeto consumidor, respecto del abordaje de la problemática.
- Cómo perciben los propios consumidores las estrategias de prevención implementadas por el Gobierno.

- Cómo vislumbran los propios consumidores campañas efectivas de prevención y sensibilización.
- Cómo categorizan la peligrosidad y el riesgo de ciertas sustancias.

De esta manera, se pretenden obtener elementos que nos permitan entender de mejor manera la problemática de los consumos de drogas problemáticos, y co-construir un modelo o aportar en la construcción de un modelo de tratamiento, que sea más integrador, menos fragmentario, más humano, y que llegue a esa población oculta y marginada de los dispositivos existentes, ya sea por desconocimiento o por incompatibilidad del modelo con su forma de entender el problema.

4. Algunos Alcances Sobre El Focus Group Como Herramienta

Metodológica

Mas allá de entender el Focus Group como una herramienta de recolección e datos, apuesto por su revaloración como herramienta metodológica de acercamiento a una realidad concreta, en la medida que nos permite acceder a un nivel de meta comunicación, a partir de la observación no sólo del lenguaje discursivo de los sujetos, sino también de un lenguaje corporal.

El valor principal de un Focus Group, se logra de la interacción de la dinámica de grupo, es decir la idea de que la respuesta de una persona es capaz de convertirse en estímulo para otra, con lo que se genera un intercambio de respuestas con mejores resultados que si las personas del mismo grupo hubiera hecho su contribución de forma independiente.

A través del Focus Group se incita a los participantes a compartir y discutir sus opiniones y sentimientos de manera que eluciden diferencias y profundicen argumentos. En suma, los participantes deben interactuar, intercambiar e influir uno sobre el otro durante la discusión. No todos los participantes dan respuesta a todas las preguntas. Pero sí todos tienen la posibilidad de hacerlo. Incluso son invitados a traducir en respuesta su aprobación o desaprobación de la opinión de otros.

5. Metodología de Análisis de Datos

El análisis de los datos de la investigación se desarrolla a partir de la hermenéutica, en tanto disciplina cognoscitiva y acto de interpretación. Asumiendo que los textos a interpretar pueden ser no sólo los escritos, sino también los hablados, los actuados y aun de otros tipos, yendo más allá de la palabra y el enunciado.

El uso de de esta técnica tiene por objetivo traspasar el sentido superficial del contenido para llegar al sentido profundo, inclusive al oculto, así como también encontrar varios sentidos cuando parece haber sólo uno.

El tipo de interpretación hermenéutica utilizada será la *comprensiva* cuya finalidad es “el entender en sí mismo”, enmarcado en aquella división interna de la hermenéutica, (hermenéutica *utens*) entendida como instrumento de interpretación.

En el acto de interpretación confluyen el autor y el lector, y el texto es el terreno en el que se dan cita. De esta forma el énfasis puede hacerse hacia uno o hacia otro, al extraer del texto el significado.

La opción metodológica alude a un contexto de mediación entre ambos, asumiendo que en el terreno la intención del intérprete siempre se inmiscuye en el intento por conseguir, lo más que pueda, la intención del autor. De esta forma se apela a la maximización de la objetividad (intención del autor) y minimización de la subjetividad (intención del intérprete).

En dichos de Buchout, *“la verdad del texto comprende el significado o la verdad del autor y el significado o la verdad del lector, y vive de su dialéctica. Podremos conceder algo más a uno o a otro (al autor o al lector), pero no sacrificar a uno de los dos en aras del otro. (Buchot; 2000: 25)*

ANÁLISIS DE DATOS

Los datos reflejan las historias y relatos de los sujetos que participaron del Focus Group; de los casos que se presentaron demandando tratamiento en el Programa Previene, de los cuales se extrajo información de la entrevista de primera acogida; y de los encargados de programas de tratamiento del valle del Aconcagua.

Representaciones culturales del consumo de drogas

El conocimiento sobre el inicio en el consumo de drogas, representa un hito que nos permite alcanzar algunas claridades de manera de enfocar de una forma más asertiva las estrategias de prevención.

Durante mucho tiempo se ha discutido sobre si la marihuana es la droga de entrada al resto de las drogas, y específicamente en Chile, se ha adoptado esa postura, la que se expresa en campañas como la de Paz Ciudadana y su spot de Don Graft. Sin embargo resulta necesario indagar más profundamente en esta creencia, y evaluar el impacto real de las estrategias de prevención que presuponen que previniendo o retardando el inicio de los consumos de marihuana se previene el paso al consumo del resto de las drogas.

Los datos arrojados por las personas que participaron en el Focus Group, señalan como droga legal de inicio el alcohol, e ilegal la marihuana.

Aun cuando la marihuana marca el inicio en la experimentación con drogas ilegales, es el alcohol y su efecto desinhibidor el que determina la disminución de las aprehensiones respecto de las drogas ilegales y por ende la decisión de realizar los consumos experimentales.

Por un lado, generalmente los consumos experimentales se realizan en contextos de carrete⁵, lo que implica mayor disponibilidad de otras drogas. La cultura del consumo de drogas implica un bagaje y conocimiento respecto de los efectos de las diferentes sustancias por parte de quienes las consumen habitualmente y existe un conocimiento compartido sobre cómo mejor mezclar (policonsumo) sustancias para eliminar o disminuir los efectos indeseados de unas y potenciar los positivos de otras. Por ejemplo, el efecto depresor del alcohol, disminuye al mezclarlo con un estimulante (consumos cruzados), como la cocaína o la pasta base, lo que permite flexibilizar la limitación física de saturación por alcohol, prolongar el consumo y por ende el carrete.

Lo mismo sucede con el consumo de marihuana y pasta base (marciano) o marihuana y cocaína (nevado), pero en este caso, la marihuana además representa un efecto práctico, asociado a maximizar o aprovechar de mejor

⁵ El concepto “carrete”, responde a la denominación coloquial de un rito, configurado como una instancia de encuentro, principalmente de adolescentes y jóvenes, de carácter lúdico, asociado al consumo de alcohol y otras sustancias legales e ilegales, vinculado a la ocupación del tiempo libre en torno a una conversación, música o actividades de interés común compartido por el grupo. Entiéndase también como sinónimo de “fiesta”.

manera el consumo de pasta, cuando la disponibilidad de esta es escasa y los consumidores son muchos (“hacerla cundir”). Por otro lado, la funcionalidad de la marihuana apunta a disminuir la sensación de angustia cuando el efecto de la pasta base está bajando (corta duración), ya que su efecto es más prolongado.

Entonces, encontramos que en contextos de carrete, cuando los sujetos se sienten muy embriagados, la opción es fumar pasta base o aspirar cocaína para recuperar las capacidades de vigilia (subir), y la opción entre una y otra, dependerá casi exclusivamente del nivel socioeconómico en el que se desarrolle. Aun cuando el valor de la cocaína de un tiempo a esta parte ha disminuido, quienes consumen pasta base, solo consumirán cocaína en forma excepcional.

Un cuestionamiento presente durante el transcurso de esta investigación, basado en el supuesto de que la mayoría de quienes inician consumos de pasta base, estarían familiarizados y convivirían con consumidores habituales en su entorno, lo que supondría una cercanía y conocimiento de las dinámicas de consumo de esta, entendiéndose gran potencial adictivo, toxicidad, riesgo alto de compromiso biopsicosocial grave, entre otros, porqué, de igual forma asumen el riesgo. Y los datos demuestran que no existe una percepción real del riesgo y que en el afán de experimentar, lo que prima es el convencimiento

de la capacidad de manejo y control que tendrían los sujetos al momento del contacto y de oportunidad de consumo de la sustancia.

Los datos nos indican que en la medida que el consumo de pasta base se inicie a menor edad, el riesgo de desarrollar una dependencia (“quedar pegado”) es mayor, sin embargo, los sujetos dan una alta valoración en términos de incidencia⁶, a la poca comunicación al interior del hogar, lo que generaría una desprotección afectiva, déficit en entrega de herramientas y generación de habilidades sociales para la resolución de conflictos.

Las dinámicas de consumo de la pasta base, conllevan la generación de un espacio en donde se comparten las angustias y padecimientos de los jóvenes consumidores, y donde se reciben y expresan aquellos afectos que están privados en el núcleo familiar, por la falta de comunicación, se configura por lo tanto como el espacio donde se puede desarrollar y encontrar la empatía en torno a los padecimientos, la vía de escape.

⁶ Entiéndase por incidencia inicio de consumo.

Factores desencadenantes del consumo problemático

Cuando hablamos de consumos problemáticos, sin duda hablamos de personas consumidoras de drogas, que han llegado a un estado de compromiso biopsicosocial grave, el que se presenta como el resultado de una trayectoria de consumo, que se ha configurado a partir de múltiples factores sociales, culturales, afectivos, familiares, etc. Es lo que entendemos como Proceso Drogadiccional.

A partir de los relatos de jóvenes consumidores problemáticos, es posible reconstruir el Proceso Drogadiccional en función de una sustancia específica, como es la pasta base de cocaína. La elección de esta sustancia, se ampara en los datos del Sexto Estudio en Población General 2004 de CONACE; el que revela que más de la mitad de los prevalentes del último año de pasta base caen en la condición de dependientes.

Es así como el Proceso Drogadiccional se configuraría de la siguiente forma:

- a) Destinar grandes cantidades de dinero para solventar el consumo. En una primera instancia, los sujetos logran mantener sus rutinas laborales, y la utilización del ingreso generado con el propio esfuerzo en la compra de drogas para carretear, se considera un derecho, es decir, “nadie me puede decir en que gastar mi dinero, soy dueño de hacer con el lo que quiera”.

Esta situación, se mantiene durante el tiempo en que el sujeto tiene la plena convicción de manejo del consumo, ya que se realiza en forma esporádica, y principalmente asociado al carrete.

Cuando fijamos la mirada en una población joven, sobre los 16 años, caracterizada por no tener grandes responsabilidades en términos de solventar otros gastos, como la mantención de una familia, la visibilización respecto de la inversión que se realiza en la compra de sustancias es bastante vaga, por lo que la escalada en la frecuencia y en las dosis se produce en forma poco visible.

b) La pérdida de la fuente de ingresos, producida por las consecuencias propias de una mayor vinculación con el consumo, por sobre otras actividades, en el caso de la PBC, desencadenan dinámicas de obtención de dinero, que empiezan a develar el inicio de un consumo problemático. El ascenso en esta escala de compromiso biopsicosocial, se expresa de diversas formas, y dependen principalmente de factores como: la edad, el entorno, los grupos de pares, el nivel de contacto con redes de distribución de drogas, entre otras.

De esta manera, las estrategias de obtención de dinero para el consumo, comienzan generalmente con la venta de artículos personales, de poca valoración en términos de utilidad, como cd de música, artículos electrónicos como radios y personal estéreos, ropa que se utiliza poco, etc.

- c) Una vez agotados los artículos personales, situación que coincide con el aumento en la frecuencia y dosis de consumo, opera un proceso que podemos explicar en términos de una figura de círculos concéntricos, donde en el centro se encuentra el sujeto consumidor y sus pertenencias y recursos personales. Cuando los recursos de ese círculo se agotan, se pasa al círculo inmediatamente superior, en donde se encontraría la familia y sus recursos. Por lo que el sujeto, comienza a obtener dinero ya sea pidiéndolo a sus padres o familiares cercanos, en un principio con quienes convive y posteriormente con el resto de la red familiar (tíos, primos, abuelos, etc). Cuando ese recurso se agota, ya sea por visibilización del consumo, es decir, que la familia se da cuenta que está involucrado en un consumo de drogas, y le niega tales recursos, o por que los recursos son escasos y por ende la disponibilidad de dinero en efectivo es escasa, el sujeto implementa una nueva estrategia, de sustracción de dinero o de artículos de poca valoración desde el interior del hogar, de manera de no producir mayor alarma al interior del mismo.
- d) Cuando los recursos del segundo círculo se agotan, el sujeto asciende al tercero, donde se encontraría el entorno social y comunitario, donde posee redes de contacto asociadas a la dinámica misma del consumo. De esta manera, es como los consumidores llegan convertirse en distribuidores de drogas. El microtráfico es asumido como una estrategia que les permite circular el dinero con el que comenzaron, de manera de no tener que hacerse

del mismo por otros medios para consumir. De esta manera venden un porcentaje y el resto lo consumen, y con el dinero recibido vuelven a comprar repitiendo consecutivamente esta operación. La red de distribución generalmente se desenvuelve en el entorno social de consumo más cercano, lo que les permite no exponerse demasiado y mantener la frecuencia y dosis de consumo necesaria.

El involucrarse en estas prácticas no es una constante, no todos los sujetos consumidores de pasta base la realizan, ya que dependerá del contacto con redes de distribución y de la decisión de involucrarse en una práctica que conlleva altos riesgos, en términos de las consecuencias de ser sorprendido por la policía.

e) También dentro del tercer círculo, es decir en el entorno social, cuando el sujeto ha desarrollado una alta dependencia a la sustancia, y un grado de compromiso biopsicosocial severo, se desarrolla la estrategia para la obtención de dinero que genera mayor connotación social, y que corresponde al desarrollo de actividades que se enmarcan dentro del ámbito de lo delictual. Por un lado tenemos el hurto y/o robo de objetos oportunista, donde el sujeto sustrae en la medida que le es posible y medianamente fácil, en cualquier lugar y momento, cosas que le sean posible vender para financiar su consumo.

Una segunda forma, que genera la develación total de la dependencia frente a la familia, corresponde a la sustracción abierta de artículos (electrodomésticos, tubos de gas, pertenencias de otros miembros de la familia, etc) y dineros del hogar. Es esta situación la que con mayor frecuencia moviliza a los familiares del dependiente a pedir ayuda en los dispositivos de tratamiento, ya que va acompañada con un deterioro progresivo de las relaciones al interior del hogar, generando situaciones de violencia por la negación y enfrentamiento que realiza la familia hacia el consumidor.

Y una tercera forma de financiar el consumo, se presenta en la forma de robos con violencia (cogoteos), ingreso a casas deshabitadas y asaltos. Generalmente esta actividad se desarrolla bajo los efectos de la sustancia, pero principalmente en el período de baja de los efectos y cuando no existe ninguna posibilidad de generar el recurso por otra vía, en un estado de angustia elevado y alto estrés producido por el craving del momento. Estos períodos se caracterizan por la alta violencia de los actos.

El incurrir en alguna o varias de estas actividades va a depender del grado de compromiso biopsicosocial del sujeto y principalmente de la configuración de la red de apoyo de éste. En la medida en que el sujeto va rompiendo los lazos con su red de apoyo y aislandose, va incurriendo en estrategias cada vez más desesperadas para la consecución de la sustancia,

desvinculándose afectivamente y por ende alejándose de la posibilidad de ser presionado por su familia para dejar el consumo o ingresar a un programa de rehabilitación.

El manejo del concepto “tocar fondo”, es una constante en quienes han llegado a un dispositivo de rehabilitación en modalidad residencial, y se expresa en hechos que van desde lo más extremo como ser encarcelado, el desarrollo de actitudes suicidas, la ocurrencia de hechos de violencia contra terceros, hasta la reflexión ocurrida en cortos períodos de lucidez, donde se hace evidente el daño personal y familiar que se ha generado por el consumo.

Evaluación de las estrategias de abordaje del problema del consumo de drogas

Uno de los énfasis de esta investigación respondió a la recolección de impresiones de los propios sujetos consumidores, respecto de las estrategias de abordaje de la problemática, los ámbitos de intervención, las modalidades y contextos en que éstas se realizan.

Fue así como a partir del partir del focus group, fue posible extraer las impresiones de los participantes respecto de los actuales programas de prevención y tratamiento implementados:

Una de las principales críticas a los actuales programas de prevención y tratamiento alude a que no estarían focalizados correctamente, así como que las estrategias de acercamiento a la población objetivo serían deficientes. Los jóvenes afirman que *“... los programas están dentro de una oficina, uno tiene que ir a buscarlos, no llegan a los sectores donde ocurre el problema.”*

El manejo de la información relevante sería privilegio sólo de quienes planifican las intervenciones, partiendo desde las estadísticas reales de los estudios realizados por el gobierno, hasta los nuevos avances en el conocimiento de los efectos y consecuencias del uso de las diferentes drogas: *“...hay mucha información pero está guardada, existe poca difusión de la información..”*

Un aspecto de vital importancia lo constituye el dinamismo de los patrones de consumo, situación que demanda una actualización constante de la información que se entrega a la población, así como de las estrategias implementadas en torno a la prevención. Los jóvenes afirman: *“...la información esta estancada, no se toma en cuenta las variaciones en las formas que los jóvenes consumen, debería ser mas especifica.”*

Si asumimos que el real problema en términos de consumo de drogas ilícitas en nuestro país lo constituye la pasta base, tanto en función de la connotación social que genera en la población, así como del compromiso biopsicosocial que genera

en los propios consumidores problemáticos, resulta contradictorio que permanezca ausente de las campañas de prevención televisivas. Se vislumbra un temor frente a los efectos que podría generar la sola mención de la sustancia. De esta manera los jóvenes asumen que el mensaje es poco acotado a la realidad de los consumidores, que se enfatiza en la marihuana, precisamente la sustancia frente a la cual sienten más cercanía y que por lo tanto manejan mayor información. *“... no hablan de la pasta base, lo único que uno escucha es que la marihuana hace mal, que te vuelve estúpido..., y de donde, si yo me fumo un pito nunca voy a quedar igual de pegao que con la pasta.”*

El enfatizar en las consecuencias de salud física del consumo de drogas en las campañas de prevención, no genera impacto en los jóvenes, ya que el saber que estas consecuencias son a largo plazo, los aleja de la posibilidad de tomar real conciencia del daño asociado. Surge entonces el cuestionamiento de porqué no mostrar imágenes donde quede en evidencia las consecuencias físicas y sociales reales de los consumos de pasta base. Para los jóvenes *“...el que te digan que vai a morir, o que te vai a enfermar, o que te va a dar cáncer, no impacta, por que uno sabe que aunque sea verdad, vai a tener que fumarte muchos pitos o muchos monos antes que eso pase. Uno no le tiene miedo a las enfermedades, además que es super poco probable que te pase. Hay que mostrar al pastabasero parado en la esquina, todo entierrao, angustiao, con la familia desarmá por causa del loco*

que está pegao en la pasta, que le robó las cosas de la casa, que le pegó a la mamá. Terrible de flaco, porque no ha comido en una semana.”

Para los jóvenes los mensajes alarmistas dan poca credibilidad a las campañas. Ya que se asume que si mensajes como “*la droga mata*”, o “*la droga es mala*” no se corresponden con la realidad, asumen que toda la información es falsa. Al respecto afirman: “... *la información es poco creíble, ya que cuando uno prueba la pasta o los pitos o los motes, cachai inmediatamente que no te moriste, ni te dio un ataque ni nada, al contrario, lo pasaste terrible de bien. Entonces, cómo los cabros chicos van a creer esos mensajes.*”

Quien entrega la información constituye un factor determinante al momento de la credibilidad que tendrá el mensaje. Para los jóvenes, el que un hombre o mujer que claramente nunca ha estado involucrado en consumos problemáticos, dirija un discurso sobre los riesgos del consumo, desvalida inmediatamente el mensaje, ya que limita las posibilidades de que estos mismos jóvenes empaticen y sientan reflejadas sus angustias y problemas en esa figura. “*Las persona que entrega la información a los jóvenes tiene que estar preparado, tiene que cachar cómo hablan los jóvenes, cual es la jerga utilizada. Si un tipo te viene a decir, las cosas con palabras lindas, no lo vai a pescar ni en bajada poh, tiene que cachar como hablan los cabros de la pobla que están metidos en la pasta. Además tienen que cachar lo que es andar duro a las 7 de la mañana. Se da poca importancia a los*

testimonios. El que una persona que nunca ha consumido, venga a contarte el cuento es poco creíble.

El poco control que existe en los medios de comunicación sobre la maximización de los beneficios hedonistas del consumo de drogas legales, genera un rechazo en los jóvenes, ya que tiene fundadas razones para rebatir el hecho de que en algún momento ese consumo entretenido y satisfactorio se torna angustioso y disfuncional. *“En la tv, se muestra la parte bonita del consumo de alcohol y no existe control sobre eso. En la tele no se ve al consumidor de pasta, ni las caletas de consumo, solo los que están metidos en el entorno de consumo pueden conocer la realidad.*

Por último, existe una clara conciencia en los jóvenes sobre la falta de apoyo en términos no sólo de información sino de apoyo cercano tutorial, que les permita lograr una cercanía con aquellos que pueden jugar el rol de protección, como los padres o adultos significativos. *“... por ej. Don Graft te habla solo de la marihuana, y solo dice, si tienes un problema cuéntales a tus padres, nada más, ¡como si fuera tan fácil!*

Con respecto a los programas de tratamiento, la principal crítica alude al encapsulamiento de los dispositivos en entidades hospitalarias o consultorios, permaneciendo ajenos a las realidades de los sectores en donde se da el

problema, como las poblaciones o barrios. *“...Los equipos de tratamiento no llegan a las sedes comunitarias, a las poblaciones, por lo tanto se dificulta, por que tu tienes que ir a ellos, y en lo que te demoraste en tomar la decisión, ya es muy tarde.*

Concretamente es posible observar que los jóvenes no conocen la oferta de tratamiento disponible, lo que al momento de enfrentar un consumo problemático, disminuye las posibilidades de recibir ayuda. De la misma forma las familias se mantienen al margen de esta información.

Desde la institucionalidad existen también percepciones respecto de la idoneidad e impacto de las campañas de prevención, así como del manejo de la información. Para el Director de la Comunidad Terapéutica Renacer, los argumentos para justificar un cambio en las estrategias comunicacionales de prevención, tendrían su origen en que *“...si bien hay harta información y hartas maneras de llegar a esa información, todavía falta un plus, que provoque que la gente capte esa información y la capte como algo serio. Yo creo que como sociedad venimos saliendo de la etapa de los cucos. Los cucos pa allá y los cucos pa acá, entonces estamos en una etapa como sociedad liberalizadora, donde hay que experimentar, hay que conocer. Muchos años de represión hicieron que la gente quiera experimentar, que la sociedad quiera conocer, eso que estaba tan tabú, tan escondido, estaba disponible solo para algunos.*

Propuestas para abordar la prevención

A partir del planteamiento a los integrantes del focus group, respecto de la posibilidad de aportar en la co-construcción de nuevas metodologías para abordar la prevención del consumo de drogas, los jóvenes enunciaron las siguientes propuestas:

- “Mostrar la realidad del consumidor”. Consideran que es necesario que la gente y los niños que no consumen vean las realidades de los consumidores problemáticos y los adictos, entiéndase la forma en que la familia se ve afectada con la presencia de un consumidor problemático, como se relaciona con su entorno, entre otros.

- “Enfrentar la prevención a partir de los 11 años, en forma específica, por que actualmente esta muy difundida la pasta base, y el desconocimiento se configura como un factor de riesgo”. Se extrae del discurso de estos jóvenes, que la prevención llegó tarde para ellos, ya que afirman enfáticamente que es en la preadolescencia donde se debe intervenir. No sirve de nada cuando los adolescentes ya están avanzados en el camino de la experimentación.

- “Es necesario involucrar a la familia, porque muchos padres consumen, entonces por un lado se les dice a los jóvenes lo malo del consumo, pero a la vez ven que en sus casas ven que es totalmente normal. No sirve intervenir en los puros niños, hay que involucrar a la familia”.

- “Que en los colegios, cada 15 días, los días sábados se realicen juntas de los apoderados con los alumnos y se les hable sobre drogas. Enseñarles a los papás cómo tienen que tratar a los hijos, educarlos sobre cómo enfrentar los problemas, detección precóz, cómo darle apoyo a sus hijos”.

- “Mostrar de forma cruda y real la problemática”. Para los jóvenes resulta de primera importancia que la información que les sea entregada sea verídica y lo mas apegado a la realidad. Entre más concreta y menos abstracta la información, mayor impacto genera.

- “Vincular los consumos con otras problemáticas sociales como por ejemplo la asociación entre el consumo de alcohol y la Violencia intrafamiliar”. Para los jóvenes resulta clara la relación entre los consumos de drogas y otras problemáticas sociales, y no precisamente como causa de las mismas, sino inclusive como consecuencia. Esto se ejemplifica en la percepción sobre la incomunicación al interior de la familia como factor de riesgo para la temprana incidencia en los consumos de drogas y alcohol.

- “Tomar una postura clara respecto del consumo de alcohol, ya que por un lado se habla de prevención y por otro cada 2 minutos vemos comerciales que nos dicen lo rico y entretenido que es el alcohol”. Existe la percepción, que en torno al problema del consumo de drogas, se asume un postura “doble estandar” por parte del gobierno. Ya que por un lado se destinan recursos e instalan estrategias de Prevención, y al mismo tiempo, grandes sumas de dinero se invierten en marketing que tiene por finalidad incitar al consumo de alcohol, y sobre las cuales existen mínimos mecanismos de control.

- “La forma en la que se entrega la información a los jóvenes que están disfrutando la droga, carretando, debe ser específica, para que les interese, por que en ese momento no son visibles los efectos negativos de las mismas”.

- “Involucrar en las propagandas y estrategias las drogas en general, incluidos el tabaco y el alcohol, de esa manera los padres consumidores de alcohol se verán reflejados, por que el puente para llegar a la pasta base es el alcohol, el cigarro y la marihuana”.

Existe una clara postura respecto de cuales serían las drogas de inicio para aquellas drogas de mayor complejidad en términos del compromiso biopsicosocial

que generan, y donde el alcohol ocupa un lugar determinante, echando por tierra el discurso que plantea que la marihuana sería la droga de inicio o paso para el resto de las drogas ilegales.

- “Es importante dejar en claro en que este es un problema de todos, no solo de los consumidores y por ende todos somos responsables como sociedad”.

Esta afirmación, nos dice mucho respecto de cómo enfrentar la problemática, y el quitar el sesgo o categoría de enfermedad, en el sentido de un “mal” que carga y de lo cual es responsable únicamente el consumidor, nos permite ampliar la mirada y aportar en una construcción más humana de lo que representa el consumo de drogas en nuestra sociedad.

- “Utilizar como un recurso válido e importante a los ex consumidores, lo que además permitiría reinsertarlos en el ámbito laboral, en un tema que es especialmente sensible para ellos. (darles trabajo) tomarlo como re inserción. Ya que en la medida que se tiene la experiencia, se puede ser más creíble. Tienen cercanía con la problemática, conocen el vocabulario, saben como hablarle a los jóvenes”.

Esta afirmación revela además, la importancia de la representación que hace la sociedad de los consumidores de drogas, y la dificultad para la re inserción social

que deben enfrentar quienes llevan “el cartel” de “ex-adictos”. El dar un valor a la experiencia de haber vivido un consumo problemático, se configura como una estrategia que puede ser abordada desde lo social, y que permitiría contextualizar la problemática en un espacio de conocimiento, y retroalimentación entre individuos que han vivido la experiencia desde adentro y una sociedad que teme “al flajelo”, pero que desconoce su participación en la construcción del mismo.

Con respecto a los dispositivos de tratamiento ambulatorio, los jóvenes expresan incredulidad sobre la efectividad que pueda tener una intervención clínica para el abordaje del consumo problemático de drogas. Al menos el 70% de los jóvenes residentes la Comunidad Terapéutica, pasaron antes por intervención ambulatoria, y es más, al menos el 90% abandonaron el tratamiento antes de los tres meses.

El argumento que es posible extraer de sus relatos apunta a que aun cuando la intervención terapéutica pudiera estar resultando beneficiosa para la persona, en forma individual. Este estado comenzaba a desvanecerse, al momento en que los jóvenes salían de la consulta y se enfrentaban nuevamente con su realidad. Dándose cuenta que muchas de las sugerencias del terapeuta eran más bien difíciles de implementar en la realidad de la población, del clima familiar, de las interacciones con los vendedores de sustancias, etc.

La relación entre el consumidor y el microtraficante “dealer”, constituye no sólo una relación de dependencia, sino también de amistad y complicidad. Ya que por un lado el vendedor le proporciona la sustancia requerida, y al mismo tiempo el consumidor resguarda la seguridad e identidad de quien le ha confiado la posibilidad de abastecerlo.

Las expectativas que se generan a nivel familiar, de igual forma constituyen una pesada carga para el consumidor. La familia solo es involucrada en el proceso clínico para la recolección de antecedentes del afectado, sin embargo, no es considerada en una participación integral. De esta forma, depositan todas sus esperanzas en el proceso clínico, no logrando visualizar, que más del 95% del tiempo restante entre consultas, el joven sigue con sus rutinas, relacionándose en el mismo entorno, con los mismos amigos, y mantiene además sus inquietudes y desesperanzas.

Por otro lado, la acción misma de “ir” a la consulta del psicólogo, implica sacar al individuo de su contexto, y enfrentarlo desnudo de todas sus complejidades culturales. Carlos, 19 años...*”yo tenía que ir cada 15 días al psicólogo en el consultorio, por que me pillaron fumando pito afuera del liceo, y yo sabía que era como un castigo, y que tenía que cumplirlo porque o si no me iban a echar. Pero yo me seguía juntando igual con mis amigos, las relaciones en mi casa eran las mismas, y al final, yo salía de hablar con el psicólogo y me iba a carretear igual*

poh. No iba a llegar a contarle a mis amigos que el psicólogo me había dicho que no fumara o que no me juntara con ellos, no poh, na que ver. Si ellos son mi familia también y con ellos convivo todos los días. Al psicólogo lo veía cada 15 días primero y después una vez al mes. Así que aunque era entretenido a veces hablar con él, era en ese espacio no más, después yo seguía con mi vida real”.

Jorge, 17 años: “...al final uno cacha qué tiene que decirle al psicólogo, si al final el nunca te va a ver acá en tu casa ni con tus amigos, el está allá y uno acá. Y aunque hay cosas en las que te ayuda, las rutinas que uno ha practicado por tanto tiempo no es fácil cambiarlas. La opción es quedarse solo encerrado en la casa, por que al final soy tu solo el que está yendo al psicólogo, tus amigos no, y de hecho ellos lo ven igual como un castigo poh”.

DISCUSIÓN

Cuando hablamos sobre “la droga” o sobre el “problema de la droga”, inevitablemente hacemos uso del discurso institucional (médico-clínico, jurídico-político, policial-represivo) y de los medios de comunicación, que contienen definiciones y acciones dentro de una "estrategia de control". Sin embargo, la complejidad del fenómeno, requiere situarse en un contexto donde las opiniones, creencias, deseos y sentidos que relevan los propios consumidores sean consideradas. De otra forma, cualquier aproximación resultaría incompleta e infructuosa en el objetivo de entenderla y comprenderla en profundidad.

El planteamiento de la investigación, alude a que la marginación de los consumidores problemáticos de sustancias psicoactivas de los dispositivos de tratamiento o atención, estaría asociado a la incompatibilidad del modelo biopsicomédico con la complejidad del fenómeno, esto es, asumiendo que el fenómeno transversaliza al sujeto en tanto ser físico, pero además social y cultural. Por lo tanto, si la intervención atiende, por ejemplo, únicamente aquellos factores psicológicos del sujeto, no considerando o estando imposibilitado de actuar sobre las necesidades materiales y sobre la carga cultural del sujeto, esta intervención se configura como fragmentaria y por lo tanto inminentemente fallida.

La anterior afirmación, no tiene por objetivo, echar por tierra, una práctica profesional validada tanto en el ámbito científico como social, sino plantear que en definitiva la insuficiencia de estas intervenciones se traducen en estrategias poco efectivas y que generan falsas expectativas respecto de los resultados que el Estado, en su deber hacer, ofrece como solución de tratamiento a quienes están involucrados en prácticas de consumo problemático de drogas.

Con el fin de ejemplificar esta situación me referiré a los dispositivos de tratamiento de modalidad residencial, cuyo perfil de usuarios corresponde precisamente al de consumidores con compromiso biopsicosocial grave, pero que además trabajan con sujetos que han logrado un proceso de problematización del consumo mas o menos avanzado, es decir con quienes llegan al dispositivo. Estos dispositivos, que presentan una modalidad de intervención más compleja de acuerdo al perfil de sus usuarios, y que por lo tanto ofrecen una planta profesional multidisciplinaria, entiéndase terapeutas, psicólogos, psiquiatras, y que trabajan desde un modelo de competencias, operan bajo una modalidad residencial, por lo tanto aun cuando se trabaja con la familia, el espacio social y cultural del sujeto no es intervenido, y en la medida que el sujeto se mantenga compensado, y su familia se mantenga involucrada con su proceso de tratamiento, se asegura su abstinencia.

El proceso de reinserción social del sujeto, comienza una vez finalizada la etapa residencial (posterior a 8 meses), es decir, cuando el sujeto vuelve a su entorno definitivamente (porque durante el proceso se trabaja la reinserción con visitas de fines de semana a sus hogares). Sin embargo en aquellos sectores más desprotegidos de nuestra sociedad, donde las problemáticas sociales están más presentes y las necesidades básicas se hacen más evidentes, todas aquellas competencias en las que se trabajó con el sujeto durante el período de rehabilitación se ponen a prueba duramente. Un sujeto que logra su abstinencia, se enfrenta a una realidad de desempleo, de una sociedad que culturalmente propende hacia el consumo de bienes en general y un entorno que propende al consumo de drogas en particular, una familia que necesita ser reproducida, un espacio social vacío de amistades que operen como red de apoyo, porque al momento de abandonar su entorno sus amistades eran consumidores, una privación de espacios comunes, porque sus espacios, eran espacios de consumo, y donde en su lucidez además logra racionalizar su consumo como una forma negativa pero efectiva de evasión; sin duda y sin ánimo de menospreciar el proceso que ha vivido, por muy empoderado que esté de su rehabilitación una recaída no resulta precisamente improbable.

Cual es la intención de esta reflexión? Bueno, graficar que la fragmentación del sujeto, en el intento por extirpar una conducta nociva para él mismo, se traduce por un lado en una generación de expectativas sobredimensionadas respecto de

lo que implicaría una vida “sin drogas”, y por otro, en una vulneración del sujeto, en tanto es privado, conscientemente, de aquello que operaba como coraza y defensa frente a su realidad particular. Realidad que en definitiva fue determinante en el desarrollo del consumo problemático.

Atendamos ahora, la otra realidad, la de los sujetos que desarrollando consumo problemáticos, no llegan a los dispositivos de tratamiento, aludiendo al planteamiento inicial.

Para quienes trabajan en el sistema de Comunidad Terapéutica, existirían muy pocos sujetos desvinculados absolutamente de una red de apoyo de manera que en casos de desarrollo de consumo problemáticos, se encontrarán desprovistos de la posibilidad de acceder a algún dispositivo de tratamiento. Sin embargo, creo que el problema, no radica exclusivamente, en la posibilidad de acceder o no a estos, (atendiendo incluso al hecho de que la oferta es insuficiente en relación a la demanda), sino en una serie de factores socioculturales que engloban, desde la percepción que tiene los consumidores sobre los dispositivos, las dinámicas y patrones de consumo, el nivel socioeconómico, la funcionalidad de los consumos, el acceso a la información, la configuración del consumo como desafío a la autoridad, entre otros.

Entre los factores que inciden en la toma de decisión respecto de acceder a un dispositivo de tratamiento, están los estereotipos fuertemente arraigados en nuestra sociedad, tanto en relación a la sustancia en sí (droga), como al consumidor. Para esto podemos tomar las categorizaciones de Cymmerman. (Cymmerman; 2003).

Por un lado el estereotipo que establece una categorización de las drogas, dándole una connotación negativa a las drogas ilegales, dentro de las cuales no se admiten diferencias en los patrones de consumo. Esto es, el consumidor de sustancias ilegales - cualquiera sea la dosis, frecuencia y circunstancias del uso- es visualizado como un adicto y siempre se lo identifica con una personalidad autodestructiva y con una actitud despreocupada respecto de su salud.

Para los jóvenes que participaron del focus group, es precisamente esta categorización la que genera mayor aislamiento social, ya que por una parte, empiezan a ser “reconocidos” por su entorno comunitario más cercano, como “marihuaneros” o “pastabaseros”, que irrumpen los espacios públicos comunes. Es en esta interacción, donde se genera una automarginación de la comunidad en la ocupación de los espacios y por ende la construcción de una percepción negativa y alarmista respecto de los consumidores de drogas.

Por otro lado, opera el estereotipo que “fetichiza” la sustancia, asignándole poderes y capacidades contaminantes, permitiendo la construcción de un “chivo expiatorio” para los males de la sociedad.

No están ausentes de los relatos de los jóvenes, las experiencias de haber sido incluidos en categorías de connotación negativa, por el simple hecho de consumir drogas. La asociación que hace la sociedad entre drogas y delincuencia, o drogas y violencia, alude precisamente al estereotipo que acomodaticiamamente permite generalizar la percepción de una “juventud desenfrenada y ausente de valores”, a partir de un hecho particular como el consumo de drogas.

Es interesante, observar como el discurso prohibicionista ha logrado invertir el estado natural de las cosas. La marihuana, pasta base, cocaína son peligrosas por estar dentro de la categoría “drogas” lo que conlleva implícitamente su carácter de “ilegal”. Ni siquiera se utiliza la categoría “drogas legales”, estas no constituyen un todo. Sin embargo, “la droga” ese ser con vida propia que amenaza la tranquilidad de la sociedad, no diferencia entre sus integrantes, no importa si es marihuana, cocaína, pasta base. Su sola nominación basta para referirse a un flagelo.

Por último, el tercer estereotipo, es el que justificará todas las acciones coercitivas y paternalistas que puedan ser implementadas sobre “el consumidor de

drogas". Este estereotipo le otorga al consumidor de drogas ("*drogadicto*") el carácter de "incapacitado", es decir, aquel sujeto que ha perdido el control sobre si mismo, y que por lo tanto no es capaz de decidir respecto de su propia vida.

Para estos jóvenes, no resultan ajenos los intentos del círculo familiar cercano, por lograr una internación forzada, obligatoria, en un programa de tratamiento. Instancia en que la familia toma la decisión de resolver el problema, sin necesariamente incluir al afectado directo, el propio consumidor. ¿Suena A Paternalismo Presumiblemente Culpable? Sin duda.

Si consideramos prácticas como la adopción del microtráfico como mecanismo de sobrevivencia y reproducción de muchas familias de sectores marginales, tal vez nuestro primer impulso será repudiar y deslegitimar tales prácticas. Sin embargo el discurso de la guerra a las drogas, está muy lejos de ser una promesa de mejoras en la calidad de vida, ya que el tráfico de sustancias ilegales se sustenta en una tendencia mundial, donde el precursor de esta campaña (USA) resulta ser el principal comprador de sustancias ilegales.

El fenómeno de la droga es transversal y es un fenómeno al interior del mercado, que incorpora a la esfera del consumo y de la oferta de mercancías y mensajes a todos los sectores sociales. El mercado integra (a medias) tanto a los sectores pudientes como a los de bajos ingresos y a la juventud popular. Pero las ofertas distinguen estatus y, por tanto, destinatario, cuestión que se aplica en lo

que a la droga respecta: por un lado, la cocaína como símbolo de estatus social, poder y dinero; y, por otro, la pasta base como símbolo de marginación, escasez y delincuencia. Pero mientras la cocaína se presenta como una droga funcional al proceso productivo, integradora, en tanto amplifica la capacidad de trabajo, la pasta base figura como una droga de desintegración social. Sin embargo, esta desintegración informa de un proceso aún más complejo por medio del cual también se logra integrar a los desintegrados, pues éstos son incorporados al mercado, a la esfera del consumo de un producto determinado: los desechos de la cocaína de los sectores sociales dominantes. De esta forma, el consumo de la pasta base señala integración económica mientras desintegra psicológica, social y culturalmente.

Es posible apreciar el abandono de las regulaciones rituales ancestrales de los consumos de drogas, como consecuencia lógica de la evolución sociocultural de las sociedades modernas occidentales. Sin embargo es necesario entender que el hecho de que aun cuando las regulaciones rituales ancestrales han sido abandonadas, el consumo en sí, no ha quedado vacío de representación y simbolismo, solo se ha transformado en una nueva práctica cargada de simbolismos culturales que representan la estructura en la que los sujetos se desenvuelven, por ejemplo a través de la pasta base, los jóvenes que la consumen van desarrollando sus propias pautas de vida, su propio modo de existencia en la marginación y exclusión. Aparentemente es una práctica marcada

por un carácter individualista en la obtención de la sustancia, que transgrede las redes sociales y de solidaridades básicas; pero también es de carácter social, en tanto afecta e interviene en el plano de las relaciones que son significativas para el consumidor.

Una vez desarrollado un consumo problemático, tal vez ya no se comparte el consumo como mecanismo de esparcimiento y diversión, pero sí se comparte la angustia generada tanto por el consumo en sí, como por la realidad social que les ha tocado vivir. Y en la medida que se comparte un papelillo de pasta base, también se comparten las desesperanzas, los conflictos propios de una vida de marginación y necesidad, y la inminente falta de oportunidades que se vivencia en el día a día.

Basándose en una visión alarmista del "problema droga" sobredramatizado, se ha inoculado en la opinión pública la referencia continua al tema. Esto ha significado, por una parte, un factor cohesionante, en cuanto la sociedad se une para hacer frente y combatir a las drogas, en una suerte de reelaboración del "enemigo interno". Es decir, se ha creado una gran alarma social frente a la amenaza de las drogas. Esta visión, en cuanto a las imágenes sociales que produce, tiende a aislar a una pequeña parte de la población, concentrando sobre ella la responsabilidad de todo lo que es negativo en la sociedad. Desde otro ángulo, se observa la continua y sistemática relación entre drogas y delincuencia

y, recientemente en nuestro país, el intento de vincular las drogas y los grupos políticos armados (Narcotráfico). Se configura así una derivación de una cuestión social (droga), que se va delimitando penalmente (delincuencia), para plantearse finalmente en términos claramente políticos (seguridad ciudadana). Por tanto, la droga finaliza siendo una cuestión de orden público. Este dispositivo de seguridad ciudadana es el soporte para el despliegue del andamiaje policial-represivo y permite aumentar técnica y humanamente el poder de las instituciones de orden, para lograr una mayor eficiencia en el control territorial.

Pero este dispositivo no sólo se presenta concentrado en las imágenes de lo policial, sino que además diseña estrategias para que eventualmente penetre las conciencias, volviéndose un dispositivo intangible, que observa y controla las conductas y comportamientos de los sujetos.

La nueva Ley de drogas, Ley N° 20.000, sanciona como falta, el consumo de drogas en lugares públicos. Un joven que sea sorprendido en esa situación, será citado a la Fiscalía, y el procedimiento será llevado a cabo en un juicio abreviado ante el Juez de Garantía. Según la ley, el “imputado” deberá ser sometido a exámenes médicos para determinar su grado de adicción. Las sanciones pueden ser el pago de una multa, la asistencia obligatoria a un Programa de Tratamiento, Prevención o Rehabilitación, o trabajos en beneficio de la comunidad.

Automáticamente, un joven que sea sorprendido consumiendo drogas en un lugar público, será categorizado simultáneamente como “imputado”, es decir en conflicto con la ley; potencialmente “enfermo” o “drogadicto”, que podría necesitar de un tratamiento o de una intervención que modifique su conducta; y por último, “condenado”, castigado por la falta cometida.

Las representaciones y creencias que una sociedad tiene de un fenómeno están fuertemente condicionadas por el tipo de respuestas institucionales y, simultáneamente, los mecanismos sociales que se ponen en juego para intentar controlarlo son coherentes con la percepción social dominante. El "problema droga" remite hoy más que a datos sobre la realidad del fenómeno a una determinada percepción asentada en concepciones estereotipadas. Tal percepción social varía históricamente y responde más a condicionantes de tipo socio-político que a modificaciones sustanciales en los patrones epidemiológicos.

Me atrevo a afirmar que modelo biomédico se ha convertido en el instrumento de validación de todos los tipos de Paternalismo que operan en forma simultánea en nuestra sociedad y que en definitiva sustentan el andamiaje policial-represivo de Estado. En la medida que un sujeto “cae en desgracia”, entrando en contacto con drogas “ilegales” (por que el consumo de alcohol opera como la cristalización del doble discurso en lo que a consumo de drogas se refiere), y llega a un

dispositivo de tratamiento, independiente de sus motivaciones, se produce la ratificación, de la necesidad de que el aparataje de Estado en pleno se movilice, ya que ese sujeto consumidor problemático, “es el espejo de nuestra sociedad” y reflejaría por lo tanto la amenaza latente.

Pero, ¿se está abordando eficientemente el problema? La poca adherencia a los tratamientos, indican que no. Y en la medida que un sujeto abandona un tratamiento, probablemente no volverá, a menos que se produzca una situación mayor que evidencie como causal el consumo problemático, o que la familia se haya vuelto fácticamente efectiva en presionar al sujeto para que ingrese a un tratamiento de rehabilitación. En cuanto a las poblaciones consumidoras de sectores marginales que se mantienen al margen de la oferta de tratamiento, es necesario atender el hecho que tal vez, su consumo problemático es sólo una de las formas en que se manifiestan otras problemáticas de índole estructural.

En suma, la marginación de los dispositivos de tratamiento es solo un reflejo de la situación de marginación social en la que se encuentra, y por lo tanto, cualquier intervención planificada desde arriba, será recibida como extraña, ajena y no acorde con las realidades de los sujetos.

CONCLUSIONES

Actualmente, lo que prima en nuestro país son los estudios cuantitativos referidos a prevalencias de consumo de diversas drogas. Sin embargo, estos estudios distan mucho de entregar bases para la comprensión del fenómeno, solo entregan una fotografía, que permite visualizar la evolución del mismo. Más allá de saber que los sectores más pobres de nuestra sociedad están consumiendo las sustancias más tóxicas y de menor calidad, y que por lo tanto es ahí donde debemos focalizar los esfuerzos de prevención, “intención” valorable, se hace cada vez mas imperativo, el adoptar nuevas metodologías de aproximación, que permitan volcar la problemática de la droga hacia una perspectiva más humanizante y menos marginadora de quienes realmente están involucrados en ella. Aceptar la validez de la funcionalidad del consumo, y no seguir en el intento satanizador, expresado en adjetivos como “el flagelo de la droga”, o “la droga mata”, que operan bajo la política del terror, y restan validez a cualquier tipo de intervención que se pretenda impulsar.

Comprobado está, que en la medida que sigamos aproximándonos desde una mirada punitiva, nos alejamos cada vez más de aquel sector de la población más vulnerable al desarrollo de consumos problemáticos. Y que en la medida que escondamos el trasfondo real de la misma, instrumentalizando por ejemplo, el consumo de ciertas drogas ilegales como la marihuana, para “asustar” a la

población, a la vez que escondemos el impacto real del consumo de ciertas drogas legales, como el alcohol y su rol determinante en el consumo de otras drogas ilegales más duras, como la pasta base y la cocaína, mantendremos en el círculo de la desesperanza y marginación a aquellos que más lo necesitan.

Aceptar la funcionalidad de las drogas, implica asumir que las condiciones sociales de un sector mayoritario de la población, se configuran como el principal factor de riesgo frente al consumo problemático de drogas, y por lo tanto, mientras se mantenga este modelo de intervención, solo observaremos una cortina de humo, que seguirá ocultando la patologización de los consumidores, el incremento de la penalización y el deterioro de la calidad de vida de quienes precisamente tienen mayor acceso a sustancias psicoativas de baja calidad y alta toxicidad.

El fenómeno de la droga plantea una pregunta por los jóvenes al ubicarlos en el horizonte de la sospecha: primero como rebeldes, y luego como drogadictos. Ellos serán el objeto de una mirada represiva cuando no clínica, lo cual traduce la postura con que una sociedad los trata y subordina a los principios de realidad establecida. Así, la sociedad podrá hallar en ellos, el permanente destinatario del control social, a los nuevos culpables o chivos expiatorios de los procesos político-sociales que en ella se dan.

Se ha podido comprobar a través de este estudio exploratorio, que las campañas de prevención no cumplieron su objetivo, al menos con estos jóvenes, y que la apuesta institucional no está siendo efectiva; por lo tanto, se debe dar un paso atrás, y evaluar aquellos factores que podrían potenciar el objetivo primario, que es, que los jóvenes no consuman drogas o retarden la edad de inicio.

Aun cuando desde el Estado se está trabajando por dar respuesta a la problemática, hacen falta estudios de carácter cualitativo, que permitan entregar a la población una comprensión más cercana del fenómeno, que dé una mirada más social y humanitaria, y que permita dejar de lado aquellos estereotipos que provoca un distanciamiento de la sociedad sobre sus propias problemáticas.

RECOMENDACIONES

Sugerencias de tratamiento

Las recomendaciones y sugerencias planteadas a continuación están elaboradas para ser implementadas en los dos niveles de intervención: Prevención y Tratamiento

Prevención Primaria

Según una evaluación realizada el año 1998 sobre la campaña “**Juégatela por tus amigos, sin drogas, mas libres**”. (Adimark; 1998), el spot no era comprendido ni recordado por los jóvenes; el mensaje no lograba distanciarse de “la droga es mala” o “la droga mata”; bajo impacto emocional, no logrando despertar actitudes de interés o reflexión en torno al tema, y por último los jóvenes no sienten representados con el estereotipo de joven construido en la campaña; entre otros.

El rescate de las representaciones culturales de los consumos de drogas y su inclusión en el diseño de las campañas de prevención podrían aportar una mirada más cercana y más realista. Debemos aceptar que, especialmente en el trabajo con jóvenes, los estereotipos resultan excluyentes. Los adolescentes están en una

etapa de definición de su personalidad, y no quieren ser encasillados bajo estereotipos generalizadores. Es tiempo que la información cualitativa sea considerada al momento de planificar estrategias de prevención. Los datos sobre prevalencias, solo nos entregan una fotografía de un momento y tal vez nos permiten visualizar ciertos comportamientos de la sociedad en términos de consumo, sin embargo, si queremos enfrentar seriamente la problemática, la asociación entre consumo de drogas, con variables socioeconómicas, culturales y políticas, debe ser considerada. Existen datos suficientes como para derribar la convicción de que el consumo de drogas se presentaría como la causa de diversos males de nuestra sociedad.

Concretamente la recomendación y sugerencia apunta a una reformulación en términos de la implementación de las que ya están disponibles en nuestro país. Actualmente existen 2 estrategias implementadas por CONACE; El continuo preventivo, que corresponde a la estrategia educacional, y el programa Prevenir en Familia, dirigido al trabajo con Familias.

Por una parte, la Estrategia Educacional, actualmente tiene una cobertura de 100% en los Establecimientos Educativos Municipalizados del país, a los cuales llega el material de trabajo en forma gratuita para cada uno de los alumnos y para los coordinadores del programa al interior de cada establecimiento. Sin embargo, como constituye un Programa de prevención complementario, no está

incluido en los diseños curriculares, y por ende, su aplicación dependerá de la disponibilidad de tiempo, de cada establecimiento y profesor. Esta situación provoca que la aplicación sea deficiente y los recursos sean subutilizados.

La sugerencia por tanto sería que a nivel del Ministerio de Educación, se elaboraran las directrices para una inserción curricular de la estrategia, de manera de optimizar los recursos y asegurar una completa implementación de los programas.

Con respecto al programa Prevenir en Familia, constituye a mi parecer una estrategia de gran valor metodológico, pero de igual forma subutilizada. Una forma de aprovechar concretamente y a cabalidad este recurso sería su implementación en contextos educacionales, de manera que su operar fuera complementario a la estrategia educacional. Las modalidades de implementación pueden ser variadas, desde su aplicación piloto en reuniones de apoderados, hasta la instauración de escuelas para padres que permitieran una intervención integral en los contextos familiares, interviniendo en los niños, adolescentes y jóvenes con el Continuo Preventivo y en sus padres, madres y/o apoderados con el Programa Prevenir en Familia.

Recomendaciones de tratamiento para niveles de intervención secundaria y terciaria

El año pasado, de acuerdo a los datos nacionales, que obedecen al Plan Nacional de Salud Mental, donde esta incluido alcohol y drogas que es uno de los 11 puntos principales sobre los cuales se sustenta el plan de salud mental, refería que la cobertura nacional para las personas que tienen abuso problemático y que piden ayuda es del 9%, hay un 91% el año 2005 que no tuvo ayuda.

Pues bien, considerando la incapacidad del Estado de dar respuesta, a la totalidad de las personas que piden ayuda por problemas asociados al consumo de drogas y alcohol, por concepto de recursos, se hace necesario apostar por una reestructuración de las respuestas existentes.

El Estado funciona con una institucionalidad pensada y organizada para atender las diversa problemáticas que afectan a la sociedad, cada una en su parcela de especificidad. Es así como tenemos ciudadanos que circulan por el “canal de la derivación” entre una institución y otra, tratando de solucionar en forma separada cada una de sus afecciones. Si una mujer x tiene problemas de escolarización con alguno de sus hijos, acude a la Oficina de Protección de Derechos del Niño (OPD) de su comuna, para que echen a andar los mecanismos para lograr su reescolarización; si posee problemas de violencia intrafamiliar, deberá acudir al

centro VIF más cercano y si además se encuentre afecta a algún padecimiento físico, acudirá al Centro de Salud que le corresponda territorialmente. Probablemente su llegada al centro VIF, se produjo por una derivación del Centro de Salud o de la OPD, sin embargo, más allá de que las instancias institucionales operen en forma de RED para efectos de derivación, no existe una movilización de las instancias de la red involucradas en el caso específico, para una retroalimentación ni mucho menos para el desarrollo de un plan conjunto para dar respuesta en forma integral al caso en cuestión.

Integralidad, en resumen, es como se define esta propuesta, la intervención debe abarcar todos los ámbitos en los que se desarrolla el sujeto con consumo problemático, tanto en su individualidad así como en el espacio inter-relacional. Esto es, si es un sujeto que trabaja, involucrar a su empleador como a su entorno laboral. Que la intervención asegure la mantención de su puesto de trabajo, mientras dura el proceso. Que la familia esté involucrada activamente en cada una de las etapas. Que la red de apoyo institucional de respuesta efectiva a cada una de las problemáticas sociales asociadas, entiéndase dinámica familiar, escolarización de los hijos, control sanitario del grupo familiar, etc; y que todas y cada una de estas instancias desarrollen en forma mancomunada un plan de intervención específico, desde donde cada una aporte su particular visión del caso y por ende los recursos de los dispone.

Si analizamos bien esta propuesta, podremos darnos cuenta, que no dista mucho del funcionamiento actual de la red institucional. Sin embargo, conlleva el plus de una coordinación institucional efectiva, ya que actualmente quienes son consultantes asiduos del sistema público, generalmente conocen las diversas instancias de apoyo, y acuden a ellas, sin embargo, reciben una atención fragmentada, donde cada dispositivo atiende el factor que le compete según su especificidad, y no comunicándose con el resto de la red.

Esta intervención es perfectamente realizable desde un dispositivo ambulatorio, sin embargo, se hace necesaria una figura que la coordine e implemente el plan de acción en forma sistemática. Puede ser la figura de una mesa de trabajo quincenal o mensual, que en la medida que logre consolidarse, se autoconvocará.

Un factor relevante a considerar, responde a la necesidad de incorporar la visión de proceso, y desde la perspectiva de reducción de daños, nos es posible, proyectándonos tal vez a más largo plazo, que los sujetos con consumos problemáticos den paso, no a sujetos con consumos funcionales, sino a sujetos con mejor calidad de vida, donde el consumo ya no sea un factor relevante, un catalizador de las tensiones de una vida de exclusión o de marginación.

La importancia de entender la rehabilitación como un proceso, que no requiere resultados inmediatos cuantificables, sino como un transitar, donde el sujeto va

solucionando los aspectos de su vida que generaban disfuncionalidad, nos permite cambiar el centro de la mirada y ampliar el espectro, y atender al sujeto como una persona integral, dejando las nominaciones de drogadicto, enfermo, pastabasero, alcohólico, entre otras. Dignifica y permite a las personas retomar las riendas sobre su vida, ya que se elimina el objetivo central de detener el consumo, que paradójicamente, aumenta los niveles de ansiedad respecto del mismo, ya que focaliza todo el esfuerzo en torno a ese objetivo.

Por último, deben ser rescatados desde la sociedad civil, todas aquellas propuestas que permitan abordar la prevención del consumo de drogas, así como acoger a aquellos consumidores problemáticos, bajo una perspectiva social y humanitaria, sin necesariamente estar bajo la mirada de la bata blanca de este Estaco Clínico. Los proyectos de prevención comunitaria, se constituyen como una buena instancia en la medida, que exista un apoyo y compromiso desde la sociedad civil a portar en la generación de capacidades en las comunidades, y no continúen siendo meros proyectos de esparcimiento. La prevención inespecífica es necesaria, pero siempre y cuando vayan acompañados de estrategias y apoyo profesional, que aseguren convocatoria y que permitan generar diálogos y reflexiones comunitarias

BIBLIOGRAFÍA

Beck, Ulrich: ¿QUÉ ES LA GLOBALIZACIÓN?: FALACIAS DEL GLOBALISMO, RESPUESTAS A LA GLOBALIZACIÓN. Paidós, Buenos Aires 2004.

Beuchot, Mauricio: PERFILES ESCENCIALES DE LA HERMENÉUTICA: HERMENÉUTICA ANALÓGICA. Edición digital, © José Luis Gómez-Martínez. 2000.

Campione, R.: EL QUE ALGO QUIERE ALGO LE CUESTA (Universidad de Navarra España). En La seguridad en la sociedad del riesgo. Un debate abierto. ATELIER, Barcelona, 2003.

CONACE.: SEXTO ESTUDIO NACIONAL DE DROGAS EN POBLACIÓN GENERAL DE CHILE. Consejo Nacional para el Control de Estupeficientes. Ministerio del Interior Gobierno de Chile. Santiago, 2004. www.conacedrogas.cl

CONACE.: ESTRATEGIA NACIONAL SOBRE DROGAS 203 - 2008. Consejo Nacional para el Control de Estupeficientes. Ministerio del Interior Gobierno de Chile. Santiago, 2003.

Gonzalez, C., Funes, J., Gonzalez, S., Mayol, I., Romaní, O.: REPENSAR LAS DROGAS: HIPÓTESIS DE LA INFLUENCIA DE UNA POLÍTICA CRIMINAL LIBERALIZADORA RESPECTO A LAS DROGAS, SOBRE LOS COSTES SOCIALES, LAS PAUTAS DE CONSUMO Y LOS SISTEMAS DE RECUPERACIÓN. Grup Igia. Barcelona,

Hopenhayn, M. LA DROGA COMO FANTASMA DE LA NUEVA METRÓPOLI LATINOAMERICANA. Curso: Drogas y alcohol: construir prevención desde el conocimiento integral. www.plataforma.uchile.cl.

Marlatt, G. Allan: REDUCCIÓN DEL DAÑO: PRINCIPIO Y ESTRATEGIAS BÁSICAS. (V Encuentro nacional sobre drogodependencias y su Enfoque Comunitario). Traducido por Genoveva Keeney fernández.

Mino, A.: LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y SU APLICACIÓN EN DROGODEPENDENCIAS. (Experiencia de Ginebra, Suiza). En Gestionando las drogas, GRUO IGIA; Barcelona, 1995.

Newcombe, R.: LA REDUCCIÓN DE LOS DAÑOS RELACIONADOS CON LAS DROGAS: UN MARCO CONCEPTUAL PARA LA TEORÍA, LA PRACTICA Y LA INVESTIGACIÓN. (Experiencia de Liverpool, Inglaterra). En la reducción de los daños relacionados con las drogas, GRUP IGIA, Barcelona, 1995. 6 pgs.

O'Hare, P.A.: APUNTES SOBRE EL CONCEPTO DE REDUCCION DE DAÑOS (experiencias de Liverpool, Inglaterra). En la reducción de los daños relacionados con las drogas, GRUP IGIA, Barcelona, 1995. 6 pgs.

Rementería, Ibán.: PREVENIR EN DROGAS: PARADIGMAS, CONCEPTOS Y CRITERIOS DE INTERVENCIÓN. División de Desarrollo Social, Cepal. Serie Políticas Sociales N° 53. Naciones Unidas. Santiago de Chile, septiembre de 2001.

Romaní, O., Terrile, S. Y Zino, J.: DROGAS Y GESTIÓN DEL CONFLICTO SOCIAL EN EL CAMBIO DEL SIGLO: NUEVOS SUJETOS? NUEVOS ESPACIOS DE RIESGO? (Universidad Rovira i Virgili, Tarragona, Universidad de Barcelona, España). En La seguridad en la sociedad del riesgo. Un debate abierto. ATELIER, Barcelona, 2003. 17 pgs.

*Savater, Fernando:*1992. ÉTICA PARA AMADOR. Círculo de Lectores. Barcelona, 1992.

Savater, Fernando: HUMANISMO IMPENITENTE. Anagrama. Barcelona. 1990.

Cymerman, Pablo et alter. LA ESTRATEGIA DE REDUCCION DE DAÑOS COMO ESTRATEGIA PREVENTIVA. Secretaría de Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico de Argentina. 2003. <http://www.risolidaria.cl> . Adicciones.

Umprimny , R. QUE HACER CON LAS DROGAS. POLITICAS VIGENTES Y POLITICAS EMERGENTES. En Hopenhayn (Comp.) La Grieta de las Drogas: Desintegración social y políticas públicas en América Latina. Libros de la Cepal. Santiago. 1997

PÁGINAS WEB CONSULTADAS

Garantías explícitas en salud del régimen general de garantías en salud. DTO.N°170 de 2004.

Publicado en el diario oficial de 28.01.05.

http://www.colegiomedico.cl/archivos/Auge_decreto170_180705.pdf

<http://www.mind-surf.net/drogas/adicciones.htm#1>

<http://www.conacedrogas.cl>

http://www.risolidaria.tdata.cl/Portada/Dirseccion/Home_Drogas.asp?dir=Programas_Preventivos&i d=484. Evaluación campaña comunicacional nacional chilena "Juégatela por tus amigos, sin drogas, mas libres". Centro de Documentación CONACE. Adimark.

ANEXO 1

Preguntas Generadoras para Focus Group:

1. Que explicación dan ustedes al consumo de drogas? Es decir, por qué la gente consume drogas?
2. Con qué drogas empezaron.
3. Existe una relación lineal entre consumo de marihuana y otras drogas?
4. Porqué llegaron al consumo, o a iniciar el consumo de la primera droga.
5. Que situaciones los llevaron a iniciar el consumo de pbc.
6. Consideran la marihuana una droga de paso, o de entrada al consumo de otras drogas?
7. Que metodología de trabajo y de abordaje, creen ustedes se puede hacer en las poblaciones, asumiendo que la pbc esta instalada
8. Que intervención creen ustedes se podría haber hecho, que hubiera tenido como resultado, ya sea que su consumo hubiera sido más tardío, o que nunca hubiera aparecido.
9. Suponiendo que al momento de probar la pbc, ustedes conocían consumidores, y por lo tanto conocían la dinámica y la vida del consumidor de pbc. Que pasó, que primó al momento de tomar la decisión de consumir.
10. Respecto a la información que puedan haber recibido, en términos de prevención, que opinan?