Universidad Nacional de Entre Ríos

Facultad de Trabajo Social

Carrera de Especialización en Políticas Públicas de Niñez, Adolescencia y Familia

Resolución "CS" 320/11, 324/12

- ✓ **Sede:**

  Facultad de Ciencias Sociales - Universidad de Buenos Aires – CABA

- ✓ **Tutor:**

  Bur Fernando

- ✓ **Trabajo Final:**

  Adolescencia y Consumo Problemático de Sustancias

- ✓ **Título de Grado. Apellido y Nombre de la Autora**:

  Licenciada en Trabajo Social. Lescano, Claudia Analia

- ✓ **Título de Grado/Posgrado. Apellido y Nombre de Directora del Trabajo Final**:

  Licenciada en Psicología. Especialista en Adicciones. Falcón María del Carmen

- ✓ **Lugar, mes y año**:

  Universidad Nacional de Entre Ríos (UNER). Entre Ríos. Agosto 2018.

RESUMEN

Los modos de comprender las adolescencias, las estrategias de intervención y las políticas públicas destinadas a atender a la población adolescente con Consumo Problemático de Sustancias se han ido modificando a lo largo de la historia.

Basada en el paradigma de Protección Integral de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, la nueva Ley Nacional de Salud Mental implica una ruptura con el paradigma medico hegemónico y la instalación de un nuevo paradigma basado en la Reducción de Riesgos y Daños.

Asimismo, incorpora la problemática del Consumo de Sustancias como parte integrante de la Salud Mental, planteando la necesidad de incorporar y respetar la “voz” de los adolescentes a fin de construir junto a ellos el mejor tratamiento posible, dejando la estrategia de internación como medida excepcional y luego de haber confirmado que es la única medida posible.

El Consumo Problemático de Sustancias hoy irrumpe con fuerza dentro de los llamados Problemas Sociales Complejos que implica elaborar novedosas estrategias de intervención, más flexibles, interdisciplinarias e intersectoriales que permitan abarcar la cantidad de variables que intervienen en la problemática, atendiendo su contexto y territorialidad. El desafío parece estar en generar políticas públicas integrales que den respuesta a este tipo de problemática.

INDICE

Introducción

Capítulo 1

- Etapas Históricas del consumo de drogas en Argentina. Leyes y Políticas Públicas.
- Conceptualización de “Adolescencia” y “Consumo Problemático de Sustancias”.
- Marco Normativo y Nuevo Paradigma.
- Consumo Problemático de Sustancias y Representaciones Sociales.

Capítulo 2

- Modelos de Prevención sobre el Consumo de Problemático de Sustancias
- Tratamientos disponibles
- Las Redes de Apoyo

Capítulo 3

- El Consumo de Sustancias como Problemática Social Compleja. Estrategias de abordaje posibles.
- Recolección de datos.

Conclusiones

Bibliografía

Anexos

INTRODUCCION

El presente Trabajo de Investigación Final se encuentra enmarcado en la Carrera de Especialización de Políticas Públicas de Niñez, Adolescencia y Familia de la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Nacional de Entre Ríos.

La investigación se plantea conocer e intentar determinar la forma en que las Representaciones Sociales y la noción de Sujeto de Derecho inciden en el diseño de estrategias destinadas a Adolescentes entre los 13 y 17 años de edad con Consumo Problemático de Sustancias.

Dicho problema de conocimiento fue definido sobre el final de la Especialización y mientras desarrollaba tareas como Trabajadora Social en la Fundación DEHUM de la C.A.B.A., desde el año 2013 al 2016, participando en la coordinación de grupos y elaboración de informes socioambientales. Este período estuvo signado por un cambio de Paradigma en cuestiones de Salud Mental, que continúa hasta hoy, y se encuentra plasmado en la promulgación de la Ley 26.657 y que tiene estrecha vinculación con la Ley 26.061, promulgada en el año 2005, de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes.

La Fundación DE.HUM. (Desarrollo Humano) se dedica a la asistencia integral de personas con consumo problemático de sustancias. La modalidad de tratamiento es de carácter ambulatorio contando con dispositivo de Centro y Hospital de Día respectivamente.

El objetivo general que persigue esta investigación es Conocer las diferentes Conceptualizaciones y Representaciones Sociales acerca del Consumo Problemático de Sustancias en Adolescentes entre 13 a 17 años y su incidencia en las posibles estrategias de abordaje en la Fundación DEHUM para lo cual se diseñaron los siguientes objetivos específicos: describir las distintas conceptualizaciones y su desarrollo histórico, acerca del adolescente consumidor y su devenir en el nuevo paradigma; indagar respecto de los dispositivos y tratamiento existentes destinados a adolescentes entre 13 y 17 años y finalmente analizar el Consumo Problemático de Sustancias como Problemática Social Compleja y las estrategias de abordaje posibles, basadas en la noción de Sujetos de Derecho.

Si bien cuando se planteó la realización de este Trabajo de Investigación Final la herramienta elegida para recabar información era la realización de entrevistas a adolescentes en tratamiento, esto no fue posible debido a reglamentaciones institucionales internas. Por lo cual se procedió a la elaboración de Fichas que permitieron recolectar datos a través del acceso a Historias Clínicas e Informes Socioambientales de 12 adolescentes de entre 13 y 17 años de edad que realizaron o realizaban en ese momento tratamiento en la Fundación. Las Fichas y análisis de las mismas se encuentran en el anexo de esta investigación.

Su cuerpo principal está conformado por tres capítulos divididos en subtítulos:

El Capítulo 1 se encuentra dividido en 4 subtítulos:

En el primero de ellos se realiza un recorrido histórico por las distintas leyes y políticas públicas que marcaron el tratamiento de las adicciones desde el año 1924 con la Ley N° 11.309 que sancionaba penalmente la venta, entrega o suministro de alcaloides o narcóticos sin receta médica hasta la Ley Nacional de Salud Mental, sancionada en el año 2010, y que abre un nuevo paradigma en el tratamiento de las adicciones.

El Segundo apartado presenta los enfoques teóricos conceptuales en los que se basa esta investigación tales como “Adolescencia” y “Consumo Problemático de Sustancias”.

En el siguiente se desarrolla el Marco normativo que guía los lineamientos a la hora de abordar la cuestión del Consumo Problemático de Sustancias por parte de los/as Adolescentes. Se deja planteada la existencia de un cambio de paradigma en temas de Salud Mental y su relación con la Ley de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.

El cuarto y último punto de este capítulo desarrolla el concepto de Representaciones Sociales ya que estas condicionan el tipo de respuesta que la sociedad y las instituciones le otorgan a la problemática de la Adolescencia con Consumo Problemático de Sustancias.

En el Capítulo 2, se realizará una breve descripción de los Modelos de Prevención sobre el Consumo Problemático de Sustancias y los Tratamientos Disponibles (Dispositivos de Internación y Ambulatorios) dejando planteada la necesidad de la creación de nuevas estrategias de abordaje acordes a los desafíos que plantean las leyes de Protección Integral de Derechos de Niñas Niños y Adolescentes y la Ley de Salud Mental.

En el apartado siguiente se dará cuenta de la importancia que ocupan las Redes de Apoyo de los Adolescentes con Consumo Problemático de Sustancias en el abordaje del mismo.

En el tercer y último Capítulo justificaremos por qué decimos que el Consumo Problemático de Sustancias forma parte de las llamadas Problemáticas Sociales Complejas y desarrollaremos Conceptos de la Ley Nacional de Salud Mental como nuevo paradigma en relación con la ley de Protección Integral de Derechos de Niñas Niños y Adolescentes. Y dedicaremos un apartado a la exposición de la recolección de datos lograda por medio de la lectura de Historias Clínicas de Adolescentes en tratamiento por Consumo Problemático de Sustancias.

Finalmente expondremos las Consideraciones Finales a las que hemos arribado luego del análisis desarrollado.

APARTADO METODOLOGICO

A) Tipo de Trabajo, Fuentes, Metodología:

El presente es un trabajo de investigación de tipo monográfico, descriptivo, con fuentes secundarias.

B) Formulación del Problema

¿Cómo inciden las representaciones sociales y la noción de sujeto en el diseño de estrategias destinadas a adolescentes entre los 13 y 17 años de edad con consumo y abuso problemático de sustancias?

C) Objetivo General

- Conocer las diferentes conceptualizaciones y representaciones sociales acerca del Consumo Problemático de Sustancias en Adolescentes entre 13 a 17 años y su incidencia en las posibles estrategias de abordaje en la Fundación DEHUM de la Ciudad Autónoma de Bs. As. en los últimos cuatro años.

C. 1) Objetivos específicos

- Describir las distintas conceptualizaciones y su desarrollo histórico, acerca del adolescente consumidor y su devenir en el nuevo paradigma.
- Indagar respecto de los dispositivos y tratamiento existentes destinados a adolescentes entre 13 y 17 años.
- Analizar el Consumo Problemático de Sustancias como Problemática Social Compleja y las estrategias de abordaje posibles, basadas en la noción de Sujetos de Derecho.

D) Palabras Claves:

- Adolescentes
- Consumo Problemático de Sustancias
- Representaciones Sociales
- Tratamientos Disponibles
- Salud Mental

CAPITULO 1

ETAPAS HISTORICAS DEL CONSUMO DE DROGAS EN LA ARGENTINA. LEYES Y POLITICAS PÚBLICAS

El comienzo de las políticas públicas sobre el consumo de Drogas en la Argentina responde a la tradición restrictiva y las leyes prohibicionistas de Occidente desde fines del siglo XIX.

En 1924 y 1926 se crean en Argentina las leyes 11.309 y 11.331 respectivamente, las cuales penalizan la venta y entrega de alcaloides sin receta médica y la tenencia no justificada de las mismas.

En 1960 más de 70 Naciones firman la "Convención Única sobre Estupefacientes", la misma plantea la necesidad de codificar las normas existentes, simplificar y modernizar los mecanismos de fiscalización y extenderlos a los cultivos de coca y marihuana. Incluye la regulación y prohibición de 108 productos clasificados en 4 listas. Contempla medidas administrativas y represivas, y una política de erradicación de cultivos en países productores del "Tercer Mundo".

Argentina ratifica en el año 1963 y 1968 a través del Decreto 7672 y la ley 17.818 la Convención Única, sin embargo y a pesar de esta adhesión establece una reforma general del código penal (Ley 17.567) en 1968, cuya clausula deja por fuera de la penalización a quienes tuvieran en su poder sustancias estupefacientes o materias destinadas a su preparación en cantidades que no excedieran el uso personal.

En este periodo el consumo ilegal de drogas estaba centrado fundamentalmente en la marihuana y los alucinógenos, con un incipiente surgimiento del consumo de los barbitúricos y anfetaminas.

En 1972 bajo el gobierno de Lanusse a través del Decreto 452 se crea la CONATON (Comisión Nacional de Toxicomanía y Narcóticos) dependiente del Ministerio de Bienestar Social de la Nación. Esta comisión debía formular una política sobre el "problema de las drogas", sus objetivos serian la investigación, educación, prevención, asistencia, legislación y represión de las toxicomanías.

La CONATON respondía al paradigma de la Seguridad Nacional y el Control Social, sostenía que las drogas influían sobre la ideología de la juventud encauzándola hacia grupos de izquierda que resultaban una amenaza para el orden social.

En 1973 bajo la presidencia de Héctor Campora se derogan las normas sancionadas durante la dictadura militar (1966/1973) que no penalizaban el consumo.

Luego de la muerte del presidente Juan Domingo Perón, en 1974, bajo el mandato de Maria Estela Martinez de Perón, se sanciona la ley 20.771 que penaliza la tenencia de drogas pero que liga la pena con una medida curativa articulando los discursos jurídico y médico, el consumidor es considerado a la vez “Delincuente y enfermo”. Casi simultáneamente, se sanciona la ley 20.840 que reglamenta la llamada “Lucha Antisubversiva” basada en la doctrina de la seguridad nacional. Ambas ponían el foco en el control social de los jóvenes, estableciendo una clara asociación entre guerrilla y juventud. Así el consumo de drogas se volvía un problema social y político. Las medidas gubernamentales tomadas, estaban basadas en posturas abstencionistas y represivas que “demonizaban a la sustancia”.

Con la vuelta de la democracia y durante la presidencia de Raúl Ricardo Alfonsín se creó en 1985 la “Comisión Coordinadora para el control del Narcotráfico y Abuso de Drogas”, que con una perspectiva educativa sanitaria intentó alejarse de la perspectiva del control social e introducir el concepto de prevención en la política pública. Durante este periodo comenzó progresivamente a visibilizarse el problema del consumidor de drogas, desarrollándose políticas de respuesta desde lo asistencial, las cuales favorecieran la aparición y crecimiento de Organizaciones No Gubernamentales.

«A mediados de la década de 1980 las respuestas del gobierno se sustentaban en dos líneas de trabajo: por un lado, se llevaba a cabo la lucha contra el narcotráfico y por otro, se abordaba la prevención y reducción de las consecuencias del consumo”. Asimismo, algo que hay que destacar es que el gobierno colaboró para legitimar nuevos discursos preventivos, amplió y diversificó la oferta asistencial y reavivo el debate legislativo, pasando a ser la Drogadicción un tema prioritario en la agenda pública. De este modo, se multiplicaron en nuestro país los centros de atención a usuarios de drogas en el ámbito gubernamental y no gubernamental ampliándose también las modalidades de atención para los usuarios de droga» (Komblit Ana Lía, Camarotti Ana Clara, Dileo Pablo y Verardi Julian. 2011:27).

Durante el gobierno de Carlos Saúl Menem se disuelve la CONCANAD y se crea la “Secretaria de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la lucha contra el Narcotráfico” (SEDRONAR) dependiente de Presidencia de la Nación, unificándose en una misma institución, el objetivo de reducción de la demanda (prevención, tratamiento y capacitación) como el control de la oferta (políticas en narcotráfico, lavado de dinero y registro de precursores químicos).

La SEDRONAR intenta reducir la demanda a través de la prevención y la asistencia. Diseña, ejecuta y supervisa programas y planes de carácter nacional referidos a la prevención y capacitación de agentes de la comunidad.

Posee un centro de consulta y asesoramiento a la vez que selecciona a beneficiarios de las becas para los tratamientos en instituciones especializadas en adicciones registradas y supervisada por la SEDRONAR.

A nivel gubernamental se adoptó durante este periodo una política de drogas de “Tolerancia Cero”. La aplicación de la Ley 23.737 provocó un aumento importante en la demanda de tratamiento por derivación judicial y el financiamiento del Estado mediante becas y la obligatoriedad de dar cobertura a obras sociales y prepagas. La oferta Asistencial estuvo signada por la norma de “Abstención del consumo”. A la vez que se expandió el uso de drogas ilegales.

«A fines de los 90 se produce el fortalecimiento de la estrategia de reducción de daños, poniendo en cuestión que la criminalización del uso de drogas afecta la posibilidad de los usuarios para acceder a recursos preventivos y a la atención de los distintos problemas de la salud incluyendo el diagnóstico y tratamiento de otras patologías asociadas al consumo como hepatitis, tuberculosis y VIH Sida. En vez de propiciar el acercamiento de las instituciones del estado a estos sectores, las políticas que castigan penalmente la tenencia de drogas han contribuido, en términos generales, a alejar a los usuarios del sistema de salud. Desde la reducción de daños se sostiene que el uso y consumo de drogas es un problema sanitario, pero es además un gran problema social y económico que necesariamente debe disponer de otras estrategias que también incluyen al sistema judicial. Asociaciones basadas en estas estrategias serán las pioneras en promover la modificación del enfoque hegemónico» (Conrad Chris, Canabal Ignacio, Ascolani Pablo y Bertone Diego. 2014:27).

En el año 2003, bajo la presidencia de Nestor Kirchner el Ministerio de Salud lanza el proyecto regional de “Prevención de Drogas y del Sida en Países del Cono Sur” apoyado por ONISIDA y la Oficina contra la Droga y el Delito de la ONU a través del cual se entregó jeringas y preservativos en CABA y el conurbano bonaerense a usuarios de drogas.

Por estos años se intensifican y masifican las tendencias de la última década, se produce un aumento en el consumo de drogas legales (alcohol y tabaco) entre los jóvenes, se sostiene una progresiva feminización de estos consumos, aumenta la medicalización de la vida cotidiana y se consolida la diferenciación entre dos perfiles muy marcados de consumidores de drogas: Los jóvenes de sectores más vulnerables que acceden a drogas más baratas y de mala calidad; y los jóvenes de sectores medios y altos que consumen drogas de síntesis. En ambos grupos crece sostenidamente el consumo de drogas.

Durante el gobierno de Cristina Kirchner se producen una serie de iniciativas y acciones con respecto a la problemática entre ellas:

En el año 2009 se crea la “Comisión Nacional Coordinadora de Políticas Publicas en Materia de Prevención y Control de Tráfico Ilícito de Estupefacientes, la Delincuencia Organizada Transnacional y la Corrupción”, en el ámbito de la Jefatura de Gabinete de Ministros (Decreto Nº 1359/2009).

Se diseña el “Plan Nacional de Identificación de Políticas Publicas en Materia de Drogas”. Se crea el “Programa Nacional de Educación para la Prevención y

el Consumo Indebido de Drogas” en el Ámbito del Ministerio de Educación de la Nación (Ley Nº 26.586).

También en el año 2009, la Corte Suprema de Justicia Argentina resolvió declarar la inconstitucionalidad del 2do párrafo del art. 14 de la ley de estupefacientes 23.737 que reprime la tenencia de estupefacientes para consumo personal con pena de prisión de 1 mes a 2 años sustituibles por medidas educativas o de tratamiento.

Según la corte, la inconstitucionalidad del artículo es aplicable a aquellos casos de tenencia de estupefacientes para consumo personal que no afecten a terceras personas. Es un periodo de grandes debates que se extienden hasta la actualidad.

«A nivel internacional la hegemonía prohibicionista desaparece y emerge un amplio abanico de posiciones. Desde los duramente prohibicionistas, pasando por los despenalizadores, hasta los movimientos abiertamente a favor de la legalización o de regulación selectiva. A diferencia del siglo XX Latinoamérica comienza a ser un actor principal, no solo en la producción de materia prima, sino en la implementación de nuevas políticas. Con una nueva preocupación desde la región y en consonancia con los intereses de los pueblos afectados tanto por la producción como por las consecuencias del tráfico y los problemas de salud asociados. Se priorizan los estándares de derechos humanos, la salud y el respeto por la diversidad cultural, entre otra». (Conrad Chris, Canabal Ignacio, Ascolani Pablo y Bertone Diego. 2014:33).

En el año 2010 se sanciona la Ley Nacional de Salud Mental Nro. 26.657 en relación al Consumo Problemático de Sustancias plantea en el *Art. 4* lo siguiente*: “deben ser abordadas como parte integrante de las políticas públicas de Salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales o ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud.”*

En el año 2014 se crea el Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos, Ley 26.934 así comienza a producirse un cambio de paradigma del Medico hegemónico donde el foco estaba puesto en la sustancia al paradigma de la reducción de riesgos y daños donde el foco estará puesto ahora en el sujeto, apuntando a la descriminalización de los consumos.

CONCEPTUALIZACIÓN DE ADOLESCENCIA Y CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS

ADOLESCENCIA

El surgimiento del tema de la adolescencia se asienta en la transformación cultural surgida a partir de los cambios socio-económicos que introduce la revolución industrial, tras la necesidad de incluir a los sujetos al nuevo mundo del trabajo. En las sociedades precapitalistas la adolescencia no existía como la conocemos hoy, se realizaban rituales de iniciación que producían un pasaje de niño a adulto sin que medie demasiado tiempo entre ambas categorías. Fue especialmente luego de la Segunda Guerra Mundial, que se comenzó a pensar a la adolescencia como una etapa importante de investigación.

Hartmann (2000) sostiene que desde fines del siglo XIX prevaleció un axioma que legaba a los jóvenes el destino de ser agentes de cambios y modificaciones que la humanidad esperaba. Sin embargo, el horror al que fueron confrontados en la Segunda Guerra, debido a la militarización que se hizo de ellos durante los regímenes nazi y fascista, aprovechando su fragilidad identificatoria para crear masas, destruyeron ese axioma esperanzador. Por este motivo, al hablar de adolescencia, hay que hacerlo desde la pluralidad de fenómenos sociales, políticos y económicos a los cuales queda asociada en cada Época, además de los procesos subjetivos que caracterizan este momento de la vida. El adolescente forma parte de una sociedad, no es un ser aislado, sino que más bien se trata de un sujeto que se constituye a partir de su relación con el Otro social.

No existe un único modo de experimentar la adolescencia: las formas en que se experimentan los años de crecimiento y madurez corporal están profundamente influidas y condicionadas por la cultura, la época, el género y la diferenciación social. Cada sociedad, cada época, cada sector social, construye las formas culturales e institucionales que inciden en esta etapa de la vida. En cada momento histórico y en cada sector social, el hombre se desenvuelve en un marco, históricamente construido, de conceptos, significaciones, valores, costumbres y formas de comportamiento.

La llegada a la adolescencia, y el transcurso de esta, también encuentra un mundo de símbolos, de prescripciones, de significados, que tienden a orientar los comportamientos y a adecuar y otorgar sentido a los modos de inserción en la vida social. El adolescente debe moverse - aun para rebelarse - en el marco de posibilidades materiales y técnicas, de obligaciones y derechos, de restricciones y expectativas, de tentaciones y peligros, que la sociedad ha pautado con respecto a esa etapa del curso vital. La adolescencia fue siempre una etapa conflictiva. La sociedad actual valora el modelo adolescente. Lo proclama, a través de los medios, como el modelo preferido de cuerpo, como objeto supremo de deseo. Sin embargo, el adolescente adorado no es el real,

perteneciente a los integrantes de esa etapa vital que viven y sufren los azarosos procesos de transformación física, psíquica y social. Son los rasgos, los gestos y los símbolos de la adolescencia, los que se han convertido en mercancía y venden sus encantos. Pero al adolescente real nuestra sociedad no lo trata tan bien: debe abrirse camino entre instituciones en crisis, en condiciones de desorientación, de exclusión, de incomprensión, muchas veces en espacios en que enfrenta hostilidad y temor.

En las últimas décadas, cambios sociales y culturales han provocado fuertes transformaciones en las subjetividades. La cultura produce configuraciones subjetivas por lo general congruentes con sus propuestas identificatorias, sus ideales, sus prohibiciones, y los adolescentes de algún modo van a ir personificando ese modo de ser propuesto culturalmente, y que se transmite por los discursos de su época. Como sucede en cualquier época, la adolescencia es también una etapa de rebeldía y oposición a lo instituido socialmente, con un alto grado de creatividad, que según los entramados culturales en los cuales se desarrolle podrá encontrar mejores o peores recursos para constituirse como sujeto activo, con capacidad para decidir frente a los ideales imperantes y a los mandatos sociales. Esta perspectiva es fundamental para comprender que no se pueda hablar de la adolescencia de manera atemporal ni universal, porque la misma esto entramada en una época determinada, con sus características sociales, culturales, políticas, económicas propias. Como ya hemos planteado, «la adolescencia es una construcción social y cultural» (Hartmann, 2000: 17), lo que implica que hay una gran cantidad de variantes en cuanto a la modalidad y a la forma que dicha etapa adquiere, según la época y el lugar en el cual viven los adolescentes.

Por otro lado, un conjunto de representaciones define a los jóvenes a partir del *ser en sí mismo*.

Se parte de una comparación con perspectiva adultocéntrica, la definición se hace por diferencia de grado en relación al parámetro elegido, lo que lleva a establecer características desde la falta, las ausencias y la negación, y son atribuidas al sujeto joven como parte esencial de su ser. Esta perspectiva conduce a perder de vista la condición juvenil como construcción social, quedando oculto bajo el manto de la naturalidad del fenómeno que estas concepciones son discursos altamente ideologizados y con perspectiva gravemente discriminadora. Su afirmación es una cuestión de naturaleza: *se es joven de tal manera*, y cuando se es joven se es inseguro, incompleto, peligroso, «lo que *es* en su propia naturaleza, en razón de su constitución, de sus rasgos de carácter o de sus variedades patológicas» (Foucault, 1993:262). Dentro de este campo de Representaciones la investigadora Mariana Sánchez (2012) resalta las siguientes:

1) *Joven como ser inseguro de sí mismo*: la comparación está establecida acá con aquellos que estarían *seguros de sí mismos*, o sea, los adultos. El joven es

presentado como un ser inseguro de sí mismo y de los demás. Con este argumento se legitima la intervención sobre su vida, *para mostrarle el camino, para hacer por él*. Enfrentado a un modelo de adulto *dueño de sí mismo*, es decir seguro, cumplidor de las normas. La sociedad ha encontrado en la juventud el espacio social donde depositar al enemigo interno, el chivo expiatorio de los *males sociales*.

2) *Joven como ser en transición:* el momento de ser joven es presentado como el de transición por excelencia. Desde la infancia, se transita hacia la adultez que aparece como el momento de mayor plenitud, ya que luego sobreviene la decrepitud: la vejez. […]

3) *Joven como ser no productivo:* dado que el tiempo de la productividad es el tiempo del trabajo, particularmente del trabajo asalariado, el joven *está lleno de tiempo libre*, es un ser «ocioso». […]

4) *Joven como ser incompleto:* este joven inseguro, en transición y no productivo es un ser incompleto, le faltan cosas, va camino a ser completo=adulto. Por eso aparece el derecho a intervenir sobre él. […]

5) *Joven como ser desinteresado y/o sin deseo:* esta representación aparece con mucha fuerza en los ámbitos de socialización, circula ampliamente en las escuelas, en algunas familias y en los partidos políticos. La marcación del no deseo o el no interés está colocada en que no se desea/interesa por lo que se le ofrece. El rechazo, la indiferencia o el boicot hacia lo ofrecido —que es de interés para la institución, los padres, etc. — es leído como falta de interés absoluto, no como falta de interés en lo ofrecido. El no-deseo sobre el deseo institucional o familiar (ajeno a ellos) es tomado como no-deseo total, como sujeto no deseante. El joven queda así anulado por no responder a los «estímulos» y por lo tanto se refuerza la posición de enfrentamiento, ambas partes expresan no ser comprendidas. […]

6) *Joven como ser desviado:* en esa inseguridad de sí mismo, en esa transición, en ese ser incompleto, en esa no productividad y sin deseo, el joven aparece con una tendencia mayor que otros individuos a desviarse, *tiene muchas posibilidades de desviarse del camino, porque sus objetivos no son claros* y esto también lo hace ser un sujeto peligroso.

7) *Joven como ser peligroso:* no es la acción misma, sino la posibilidad de la acción lo que lo hace peligroso. Todo joven es sospechoso, carga por su estatus cronológico la marca del peligro. Peligro para él mismo: *irse por el mal camino, no cuidarse*; peligro para su familia: *trae problemas*; peligro para los ciudadanos: *molesta, agrede, es violento*; peligro para la sociedad: *no produce nada, no respeta las normas*. Hoy al Estado parece no interesarle fundamentalmente disciplinar, sin embargo, sí le interesa el mecanismo de seguridad: ya no importa que los chicos se porten mal, el problema es que son peligrosos.

8) *Joven como ser victimizado:* aquel que no tiene capacidades propias será

una víctima del acontecer social. Asimismo, aquel que *es todo en potencia, en posibilidad*, pero que no puede ser porque *no lo dejan, es aplastado, es dominado, está absolutamente oprimido*, ese también será visto como víctima. Y hay un tercer espacio de la representación del joven víctima y es la justificación de los actos que entran en conflicto con la ley, la justificación de rupturas o quebrantos de la ley por su posición social de víctimas *del sistema.* A la víctima se suele acercarse desde la «comprensión» y la lástima, no desde el reconocimiento legítimo.

9) *Joven como ser rebelde y/o revolucionario*: es la cualidad de joven como estado biocronológico lo que le otorga la capacidad de rebeldía y revolución, siendo de la *adolescencia* el ser trasgresor, enfrentarse a todos —parece ser que hay un desorden hormonal (pubertad) que posibilita un desorden social—. La tarea de la transformación social, la oposición o la protesta son su deber ser: ésa es la tarea de la juventud, el rol que cumplen en la sociedad y deben cumplir ese papel mientras sean jóvenes, si no lo hacen serán acusados *de ineptos, de no cumplir su papel histórico predeterminado*.

10) *Joven como ser del futuro*: el joven es presentado como un ser de un tiempo inexistente. El pasado no le pertenece porque no estaba, el presente no le pertenece porque no está listo, y el futuro es un tiempo que no se vive, sólo se sueña, es un tiempo utópico. Ahí son puestos los jóvenes, y así quedan eliminados del hoy.

Actualmente y de acuerdo con el Comité de Derechos del Niño, la adolescencia es «un período caracterizado por rápidos cambios físicos, cognoscitivos y sociales, incluida la madurez sexual y reproductiva; la adquisición gradual de la capacidad para asumir comportamientos y funciones de adultos, que implican nuevas obligaciones y exigen nuevos conocimientos teóricos y práctico». (ONU: 2003)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), *la adolescencia es el período comprendido entre los 10 y los 19 años; por su parte, para el Código Civil Argentino (Ley N° 26.994 de 2014) la adolescencia abarca desde los 13 hasta los 18 años (art. 26). La adolescencia, tal como define la OMS, se divide en dos momentos: temprana, desde los 10 hasta los 14 años y tardía desde los 15 hasta los 19 años.*

La Convención Internacional de los Derechos del Niño, La ley de Protección Integral de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes invitan a repensar estas cuestiones produciendo un cambio de paradigma que influye directamente sobre los modos de concebir la Adolescencia y los modos de intervenir en las problemáticas que los afectan.

El desarrollo de la autonomía es un proceso que se inicia a temprana edad y no guarda relación directa con la edad ni con los tiempos transcurridos sino con las características individuales, contextuales y sociales. Es por ello que son fundamentales las Redes de Apoyo: el acompañamiento de las familias (en su

enorme diversidad), la comunidad (compuesta por referentes de confianza de los/as adolescentes como amigas/os, vecinas/os, parientes, etc.) y el Estado (a través de sus instituciones) debe adecuarse a las necesidades, capacidades y deseos de cada adolescente.

En este sentido, la adolescencia es una etapa con enorme potencialidad de «cambios positivos inspirados por la importante capacidad de los adolescentes para aprender rápidamente, experimentar nuevas y diversas situaciones, desarrollar y utilizar el pensamiento crítico y familiarizarse con la libertad, ser creativos y socializa». (ONU: 2003)

Desde estos paradigmas, los/as adolescentes son considerados no solo Sujetos de Derecho sino también Actores Estratégicos para el desarrollo de la sociedad.

CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS

El concepto de Consumo Problemático de Sustancias es fundamental a la hora de entender las discusiones que se dan entorno a la construcción del sujeto destinatario de las políticas públicas y las buenas prácticas de intervención en dicha problemática.

El Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos, Plan IACOP, Ley 26.934 sancionada en el año 2014 define en su *Art. 2* a los Consumos Problemáticos *"como aquellos consumos que – mediando o sin mediar sustancia alguna – afectan negativamente, en forma crónica, la salud física o psíquica del sujeto, y/o las relaciones sociales. Los consumos problemáticos pueden manifestarse como adicciones o abusos al tabaco, alcohol, drogas psicotrópicas – legales o ilegales – o producidas por ciertas conductas compulsivas de los sujetos hacia el juego, las nuevas tecnologías, la alimentación, las compras o cualquier otro consumo que sea diagnosticado compulsivo por un profesional de la Salud".*

En este trabajo nos centraremos en el Consumo Problemático de Sustancias psicotrópicas ilegales.

La drogadicción es «un fenómeno policausal en el cual se encuentra un sujeto en su aquí y ahora, quien posee cierto grado de libertad, fruto de las condiciones que en él interactúan (que agruparemos como las variables espiritual, cultural, social, familiar, psicológica y biológica), y que consume una o varias sustancias psicoactivas, produciéndole una progresiva pérdida de su grado de libertad y responsabilidad, perjudicándolo emocionalmente y dañando distintos ámbitos de su personalidad». (Puentes, 2004.16)

Dice la OMS: *"Droga" es toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas.*

Aunque la tendencia sea a percibir como igual todo consumo de drogas, no podemos simplificar de tal forma la relación que establece una persona con ellas. Aprender a distinguir nos dará las pautas necesarias para llamar a cada realidad por su nombre y atribuirle el significado que le corresponde. No todo consumo de sustancias es un Consumo Problemático.

Según Carlos Damin en su artículo "Consumo de Sustancias Psicoactivas", *son tres los ámbitos concurrentes necesarios y obligatorios para que pueda desarrollarse un consumo problemático: un contexto social, una persona con disposición y una o más sustancias.*

Por otra parte, refiere que «La drogodependencia no está solo definida por la dependencia física sino por el comportamiento de búsqueda de droga. Muy frecuentemente tiende a identificarse al consumidor de sustancias como adicto

y sin embargo hay distintos tipos de vínculos de las personas con las sustancias sin ser todas ellas adicciones, ni necesariamente consumos problemáticos. Del universo de personas que consumen sustancias, una inmensa mayoría no incurrirá en consumos problemáticos. Por el contrario, en un grupo relativamente pequeño en proporción al universo de consumidores el uso adquiere características problemáticas». (Damin, 2015:13).

Es en la relación que establece el sujeto con el objeto droga donde podemos aproximarnos a un primer diagnóstico de USO, ABUSO O DEPENDENCIA, y que nos va a dar un panorama del grado de adicción de ese sujeto

Uso: se define como aquel tipo de relación con las drogas en el que, bien por su cantidad, por su frecuencia o por la propia situación física, psíquica y social del sujeto, no se detectan consecuencias inmediatas sobre el consumidor ni sobre su entorno. Es el conocido como uso recreativo.

Abuso: aquella forma de relación con las drogas en la que, bien por su cantidad, por su frecuencia y/o por la propia situación física, psíquica y social del sujeto, se producen consecuencias negativas para el consumidor y/o su entorno.

Más allá de ideas preconcebidas, en cada caso se deben analizar los diversos elementos referentes a las sustancias, a las pautas de consumo y al contexto personal y social en el que el consumo tiene lugar, antes de decidir si nos encontramos en presencia de una situación de uso o de abuso.

Dependencia: Siguiendo a la Organización Mundial de la Salud, la dependencia es entendida como aquella pauta de comportamiento en la que se prioriza el uso de una sustancia psicoactiva frente a otras conductas consideradas antes como más importantes. El consumo de drogas, que quizás empezó como una experiencia esporádica sin aparente trascendencia, pasa a convertirse así en una conducta en torno a la cual se organiza la vida del sujeto. Este dedicará la mayor parte de su tiempo a pensar en el consumo de drogas, a buscarlas, a obtener financiación para compararlas, a consumirlas, a recuperarse de sus efectos, etc.

El concepto genérico de dependencia integra dos dimensiones:

1. Dependencia Física: En este caso el organismo se ha habituado a la presencia constante de la sustancia, de tal manera que necesita mantener un determinado nivel en sangre para funcionar con normalidad. Cuando este nivel desciende por debajo de cierto límite aparece el síndrome de abstinencia característico de cada droga. El concepto de dependencia física está muy asociado al de tolerancia

2. Dependencia Psíquica: Compulsión por consumir periódicamente la droga de que se trate, para experimentar un estado “agradable” (placer, bienestar,

euforia, sociabilidad, etc.) o librarse de un estado “desagradable” (aburrimiento, timidez, estrés, etc.).

La dependencia física es relativamente fácil de superar tras un período de desintoxicación que, en función de cada droga, puede prolongarse como máximo durante 15 días.

Es más costoso desactivar la dependencia psíquica, ya que requiere introducir cambios en la conducta y en las emociones del sujeto que le permitan funcionar psíquicamente (obtener satisfacción, superar el aburrimiento, afrontar la ansiedad, tolerar la frustración, establecer relaciones, etc.) sin necesidad de recurrir a las sustancias.

En los últimos años y frente al fracaso de las políticas de corte prohibicionista, fueron adquiriendo mayor vigencia las estrategias de intervención denominadas de “reducción de daño” que tienen por objetivo la prevención de los daños potenciales relacionados con el uso de drogas y ponen énfasis en facilitar el acceso de los usuarios a los servicios de salud.

La dimensión de este problema exige conductas y acciones más creativas: la difusión científica y seria, la prevención a nivel comunitario, el compromiso frente al adolescente con consumo problemático y su entorno, el estímulo de formas de desenvolvimiento social más sanas y menos peligrosas, etc. Es prioritario trabajar sobre la promoción de la salud destacando la importancia y los beneficios de una vida con hábitos más sanos en todos los niveles sociales y grupos etarios.

La articulación estrecha de conocimientos con otras ciencias y saberes es el camino adecuado que puede contribuir a comprender y abordar este paradigma en el contexto real en el que se desarrolla, para poder así elaborar y construir las estrategias más convenientes.

El Consumo Problemático de Sustancias es uno de los emergentes con mayor relevancia de nuestra época. Por lo extendido del fenómeno a todos los grupos de la sociedad, por su interpelación a todos los sectores e instituciones sociales, por las consecuencias y los efectos desestructurantes que genera tanto a nivel individual como a nivel del lazo social y, sobre todo, por ser los niños y adolescentes quienes se encuentran en posición de mayor vulnerabilidad. Comprendida desde la perspectiva de la complejidad, se la concibe como una problemática integral, lo que implica considerar la diversidad de aristas y pliegues que la componen, saliendo de reduccionismos, miradas sesgadas e incompletas y monopolios disciplinares. Por ende, exige un abordaje interdisciplinario, intersectorial e intergubernamental, comprometiendo a todas las esferas sociales, de gobierno y del saber.

La sociedad ejerce una gran presión, no ya en el sentido de las prohibiciones, sino en la demanda de goce, por medio de una cultura de reinado de los objetos y consumismo, que anuda a éste con la felicidad y el éxito. Los niños y

adolescentes, por las características del momento vital que atraviesan, constitutivamente signado por la vulnerabilidad y el desamparo, y la dependencia estructural a un otro, se constituyen como el blanco privilegiado de dichos mandatos.

El Consumo Problemático de Sustancias debe ser considerado desde la tríada: sujeto-sustancia y contexto. Esto supone un entramado de múltiples variables que complejizan el abordaje de esta problemática.

Cuanto más continente es el contexto de referencia del Adolescente con Consumo Problemático más favorable resultará la evolución del tratamiento por lo tanto resulta fundamental el abordaje de la problemática desde una perspectiva integral e interdisciplinaria, apuntando a la conformación de redes intra e interinstitucionales para el abordaje de esta problemática.

MARCO NORMATIVO. NUEVO PARADIGMA.

Hasta 1990 en Argentina rigió el “paradigma tutelar” para el abordaje de la infancia y la adolescencia.

Este caracterizó a Niñas, Niños y Adolescentes, en adelante NNyA, como inferiores respecto de las personas adultas ya que se los consideraba “incapaces” de hacerse cargo de sus propios asuntos. Se ordenaba que las personas “capaces” tomaran decisiones en su nombre, ya fueran sus progenitores o el Estado. El NNyA quedaba relevado de participar en sus asuntos, era “sustituida su voluntad” para protegerle supuestamente en su propio beneficio. Bajo este modelo, el consentimiento informado para la atención y los tratamientos médicos lo daban directamente sus representantes, sin consideración de la voluntad o la opinión del llamado, en aquel entonces, menor.

Con la ratificación de la Convención de los Derechos del Niño en 1990, y su posterior incorporación a la Constitución Nacional en 1994, la Argentina adquiere el compromiso de modificar completamente el abordaje de toda su legislación e incorporar el nuevo Paradigma de la Protección de Derechos que se basa en el enfoque de Derechos Humanos.

Este modelo impone el reconocimiento de NNyA como sujetos plenos de derechos, se reconocen como ciudadanos/as con los mismos derechos que todas las demás personas, e impone deberes especiales a progenitores, al Estado y a la comunidad, para la garantía de los derechos de esta población. Esto quiere decir que no se enfoca en actuar sobre los individuos sino frente a la situación en que se encuentran, para facilitar su desarrollo autónomo y habilitarles de manera directa el ejercicio de sus derechos.

Las personas adultas ya no pueden tomar decisiones por los/as adolescentes, sino que deben apoyarles para que puedan tomar sus propias decisiones, dándoles la información necesaria de manera que puedan comprenderla, teniendo en cuenta el grado de desarrollo de sus habilidades y ayudándoles a ver o formular alternativas de acción y a decidir, teniendo en cuenta su propio contexto.

NNyA son sujetos de Derechos por tanto se les considera Titulares de Derechos y de acuerdo con sus capacidades pueden ejercerlos autónomamente. Se abandona el concepto rígido de Incapacidad para centrarse en las capacidades y competencias que tienen NNyA y la asistencia que necesitan para ejercer sus derechos.

El Estado es garante del cumplimiento y protección de los derechos de NNyA.
Todos los derechos reconocidos, y aquellos que se reconozcan en el futuro, deben incluir a NNyA desarrollando previsiones especiales para garantizar que

puedan ejercer sus derechos de acuerdo con su grado de madurez y capacidad de discernimiento (autonomía progresiva).

El Estado, en todos sus niveles, debe disponer mecanismos especiales para proteger sus derechos, evitar daños, restituir situaciones de vulneración y sancionar a quienes obstruyan o dificulten el ejercicio de sus derechos, especialmente de sus derechos humanos. Es por ello que desde la ratificación de la Convención de los Derechos del Niño en 1990 se han venido desarrollando distintas instancias de protección de los derechos de NNyA, especialmente desde 2005 con la Ley Nacional N° 26.061.

Por su parte, *la comunidad es fuente de apoyo en el desarrollo autónomo y pleno de NNyA.*

Es deber de toda la comunidad acompañar el proceso de formación de NNyA y actuar frente a la vulneración de sus derechos.

Además, los/as profesionales de la salud están en la obligación de acompañar a NNyA para que desarrollen progresivamente su autonomía, entregándoles toda la información relacionada con su salud, respetando sus derechos tales como la confidencialidad, privacidad y atención de su salud, con o sin acompañamiento de personas adultas siempre informándole al NNyA, explicándole la importancia de la protección de sus derechos, y respetando su decisión en el marco de la protección de su interés superior.

La Convención de los Derechos del Niño estableció cuatro principios rectores, que deben ser respetados y deben guiar la interpretación de todas las normas relacionadas con NNyA en todos los niveles: internacional, nacional, provincial, municipal e individual, tanto de profesionales de la salud como de todas las personas de la comunidad. Estos principios son:

- Autonomía progresiva: es el reconocimiento jurídico de que la niñez y la adolescencia son períodos de la vida de las personas en que se está consolidando de manera progresiva su capacidad de discernimiento. Es decir, la habilidad para comprender información, aplicarla a una situación particular para poder definir alternativas de actuación y, finalmente, tomar decisiones. Esta capacidad se desarrolla de manera diferente en cada persona dependiendo del contexto en el que habita, los recursos con los que cuenta (materiales, intelectuales y sociales) y sus características individuales.

- Participación directa: Se establece en los arts. 12 y 13 de la CDN: Artículo 12. Los Estados Partes garantizarán al niño que esté en condiciones de formarse un juicio propio el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que afectan al niño, teniéndose debidamente en cuenta las opiniones del niño, en función de la edad y madurez del niño.

Artículo 13.1. El niño tendrá derecho a la libertad de expresión; ese derecho incluirá la libertad de buscar, recibir y difundir informaciones e ideas de todo tipo, sin consideración de fronteras, ya sea oralmente, por escrito o impresas, en forma artística o por cualquier otro medio elegido por el niño. Se debe garantizar que NNyA puedan participar directamente y de forma significativa en sus asuntos y que se termine con la vieja práctica de la "sustitución de la voluntad" derivada de la intervención exclusiva de los/as representantes, en los procesos de toma de decisiones que involucren NNyA.

- Interés Superior del Niño: en el marco de la Convención de los Derechos del Niño (art. 3), su interpretación adquiere un nuevo significado, pasando de ser aquello que "los/as adultos/as" identificaban como la decisión o el mejor interés de un/a NNyA, a integrarse primordialmente por la voluntad de/ la titular del derecho y por las alternativas que mejor protejan y garanticen el ejercicio de sus derechos. Es decir, el interés superior del niño es el cumplimiento pleno y efectivo de sus derechos, tal y como lo define el *art. 3* de la Ley Nacional N° 26.061, *es la máxima satisfacción, integral y simultánea de los derechos y garantías reconocidos en esta ley.*

- Igualdad y no discriminación: en relación con NNyA este principio implica la obligación de tomar medidas especiales para garantizar la igualdad de oportunidades y para remover estructuras de poder que impidan que NNyA puedan ejercer sus derechos. Se trata de un deber activo por parte del Estado, de la familia y la sociedad en general de desarrollar mecanismos flexibles y amplios que permitan y acompañen el desarrollo integral de NNyA para que consoliden su autonomía progresivamente

En el marco del paradigma de Protección Integral de Derechos se promulga la Ley Nº 26.657 de Salud Mental.

La Ley Nacional de Salud Mental introduce un cambio de paradigma que obliga a pensar desde otro costado el complejo problema del Consumo Problemático de Sustancias, incorpora la perspectiva de derechos humanos y plantea nuevas conceptualizaciones acerca de la Salud Mental y las Adicciones.

En su *artículo 3ro* define a la *Salud Mental como "un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas. En ningún caso puede hacerse diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de:*

- *Status político, socio-económico, pertenencia a un grupo cultural, racial, o religioso.*
- *Demandas familiares, laborales, falta de conformidad o adecuación con valores morales, sociales, culturales, políticos o creencias religiosas prevalecientes en la comunidad donde vive la persona.*
- *Elección o identidad sexual.*
- *La mera existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización."*

Y específicamente en el *artículo 4to* de la mencionada ley, referido a la problemática de las adicciones, establece que *deben ser abordadas como parte integrantes de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud.*

Históricamente, tanto desde el modelo médico hegemónico como desde la cultura popular, la Salud Mental era pensada y abordada desde la enfermedad y no desde el concepto de salud. En la actualidad se torna fundamental cambiar esta perspectiva, y para ello se vuelve necesario y primordial ubicar a las personas como Sujetos de Derecho en el marco de un abordaje integral.

- Derecho a recibir tratamiento con la alternativa terapéutica que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria.

- Derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, con respecto de su vida privada y libertad de comunicación.

La Ley de Salud Mental ubica a las personas como sujetos de derechos capaces de decidir sobre los aspectos de su vida debiendo contar con los apoyos necesarios para potenciar sus capacidades y plantea la necesidad de comprender la problemática de las adicciones como parte integrante de la salud.

Estos cambios tienden a reducir la estigmatización que padecen amplios sectores que se encuentran en situaciones de vulnerabilidad social, entre ellos los adolescentes que padecen una doble estigmatización por pertenecer a un grupo etario muchas veces caracterizado negativamente por la sociedad y por padecer de consumo problemático de sustancias.

Ubicar los problemas de consumo de sustancias como parte integrante de la Salud Mental y los Derechos Humanos, y no ya como un tema de Seguridad, implica un profundo avance en la materia concibiendo al consumidor como sujeto de derecho y favoreciendo abordajes interdisciplinarios e intersectoriales, de base comunitaria.

Al colocar a la problemática de las adicciones en el campo de la salud mental las retira de la esfera del Ministerio de Seguridad e Interior, apuntando así a la

descriminalización del consumo, que ya no es considerado un tema de seguridad sino de salud. Así el consumo problemático de sustancias pasa a formar parte de las problemáticas de la Salud Mental.

Por último, dos puntos fundamentales no pueden dejar de ser nombrados. El primero de ellos refiere a la internación como último recurso y se encuentra plasmado en el *Art. 9* de la Ley*: — El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales***.**

La persona ya no puede ser internada de forma compulsiva e involuntaria solo con la orden de un juez, sino que se le deben garantizar todos los derechos durante el proceso y si en última instancia se decidiese su internación tendrá derecho a la asistencia de un abogado. De lo anterior se desprende el segundo punto a tener en cuenta: se parte de la suposición de que toda persona tiene capacidades por lo tanto debe participar y ser escuchada a la hora de decidir estrategias de abordaje y tratamiento que atañen a su salud.

CONSUMO PROBLEMÁTICO Y REPRESENTACIONES SOCIALES

Las representaciones sociales pueden definirse como formas de percibir la realidad compartidas socialmente y construidas culturalmente. Son una forma de conocimiento de lo cotidiano.

Básicamente la noción de representación social está tomada de los desarrollos de Denise Jodelet desde la psicología social, para quien, es un conocimiento práctico. Al dar sentido, dentro de un incesante movimiento social, a acontecimientos y actos que terminan por sernos habituales, este conocimiento forja las evidencias de nuestra realidad consensual, participa en la construcción social de nuestra realidad (Jodelet, 1986: 472).

«Las Representaciones Sociales son concebidas como fenómenos complejos, siempre activos y determinantes en la vida social. Los elementos informativos, cognitivos, ideológicos, normativos, las creencias, valores, actitudes, opiniones, imágenes, están organizados bajo el espacio de un saber que dice algo sobre el estado de la realidad.» (Touze, Graciela.1999:14)

La forma en que se concibe a las personas con consumo problemático de sustancias es clave para pensar las respuestas que se implementan a la hora de abordar dicha problemática.

Para analizar la temática sobre el consumo problemático de sustancias se hace indispensable tener en cuenta las distintas representaciones sociales que se ponen en juego, prácticas individuales y colectivas, sujetos, sustancias, contextos socioeconómicos, políticos, culturales e ideológicos en los que dicho consumo se realiza.

En este sentido, Natalia Rodríguez en “Etnografías de la muerte” destaca que:

«En cada contexto social, las respectivas designaciones sobre la salud, la enfermedad, la terapéutica y el trato hacia los enfermos resultan de complejos entrecruzamientos entre los saberes en pugna, condicionamientos e intereses económicos, disputas políticas e ideológicas, cuestiones de poder y control social, de los que participan distintos actores sociales en un determinado marco histórico y cultural. La designación de enfermedad produce sentidos subjetivos sobre los conjuntos sociales. En ella se incluyen procesos de estigmatización, de asignación de connotaciones negativas que afectan el comportamiento de los sujetos sociales aludidos y las actitudes que hacia ellos adopta el resto de la sociedad» (Rodríguez, 2011:137).

Según Material de estudio sobre Prevención del consumo problemático de drogas desarrollado por UNICEF en articulación con el Ministerio de Educación de la Nación (http://files.unicef.org/argentina/spanish/Edu_ModulosESI.pdf),

una serie de lugares comunes en los discursos sobre las drogas muestran los estereotipos ligados al consumo:

- Cuando se habla de “la droga” como causa de muchos de los males sociales se está concibiendo a una sustancia, es decir, a una “cosa” como protagonista de un proceso, sin advertir que el consumo de drogas es una consecuencia de una serie de influencias que llevan a que las personas incurran en esa práctica. Por otra parte, hablar de la droga en singular lleva a no tener en cuenta las diferencias entre los tipos de sustancias y sus efectos, así como a ocultar la importancia del consumo de las drogas cuyo uso está legalizado, especialmente el alcohol.

- Cuando se habla del “flagelo” de la droga se establece una relación entre por un lado el castigo divino, la droga como castigo por una sociedad pecadora, y por otro se habilita una respuesta igualmente agresiva: al flagelo hay que “combatirlo” con medidas drásticas que depuren a la sociedad de este “mal”.

- Cuando se asocia el consumo de drogas a los jóvenes se limita el análisis del tema a la adopción de conductas por parte de un determinado grupo etario, ocultándose las raíces sociales que están influyendo para que ese grupo adopte tales conductas. Se niega así, la responsabilidad de los adultos en la construcción del mundo que se les ofrece a los jóvenes, parte de los cuales pueden no encontrar cabida en él y, asimismo, se ocultan los consumos de drogas que llevan a cabo los adultos.

- Cuando se habla de la “escalada del consumo de drogas” se introduce un esquema determinista y unicausal en el que nuevamente “la droga” es el agente activo: el sujeto nada puede hacer frente al poder de la sustancia, que lo conduce a consumos cada vez más perjudiciales para sí mismo y para los demás. Por otra parte, si como se dice, se empieza por alcohol, se sigue con marihuana y se termina en las drogas llamadas “duras” como cocaína, etc., ¿cómo se explica que exista un gran número de personas que toman alcohol, en mayores o menores cantidades, y no “pasan” a otras drogas? Lo mismo se podría aducir con respecto a la marihuana o al éxtasis.

- Cuando se habla del vínculo causal entre consumo de drogas y criminalidad como si las drogas llevaran a cometer actos delictivos, se establece una relación espúrea, dado que las dos variables están a su vez, en muchos casos, asociadas con marginalidad. No hay nada que pruebe que un acto criminal no hubiera tenido lugar si el individuo no hubiera estado bajo el efecto de una droga. Por otra parte, si las drogas fueran “criminógenas”, ¿cómo explicar que la mayoría de los usuarios de drogas tanto ilícitas como lícitas no cometen crímenes o actos violentos?

Estos y otros estereotipos vinculados al consumo de drogas pueden dar lugar a la discriminación de los usuarios, es decir, a su descalificación como sujetos de derechos. Una forma de la discriminación es la estigmatización, que implica las siguientes operaciones:

- Generalización, por ejemplo, como vimos: todos los drogadictos son delincuentes;

- Descalificación, por ejemplo: los consumidores de drogas son vagos e inútiles;

- Segregación, por ejemplo: es mejor que los usuarios sean recluidos en comunidades aisladas;

- Quitar derechos, por ejemplo: no vale la pena intentar recuperar a los adictos porque recaen en el hábito o porque no tienen "cura";

- Impedir el ejercicio de los derechos, por ejemplo: los adictos no pueden tratarse en los servicios de salud comunes;

- Negar la capacidad de elección de los usuarios, por ejemplo: los adictos no pueden elegir el tratamiento que consideren más apropiado a su estilo de vida porque han perdido la capacidad de discernir entre lo que está bien y lo que está mal.

Problematizar las imágenes y estereotipos de los “adictos” permite ampliar la discusión y entender la complejidad del problema, ya que estas impregnan el modo de actuar de la sociedad toda, incluidos los propios adolescentes con consumo problemático, a los profesionales y distintos actores que intervienen en la resolución de la problemática. Una serie de representaciones sociales, es decir, un conjunto de saberes del sentido común, imágenes, emociones y valoraciones morales, circulan socialmente en la construcción simbólica que colectivamente hacemos de los “adictos”.

Una imagen recurrente es la de subjetividades comandadas por un tóxico, como cuando escuchamos dichos como *“la droga entró en tal institución”*. Este mecanismo de focalización y personalización de las sustancias invisibiliza y pasa a segundo plano a los sujetos en contextos particulares y al vínculo específico que las personas y los grupos tienen con las sustancias que, además, no siempre es problemático.

También circulan otros discursos, atravesados por concepciones religiosas, con diferentes matices, que piensan al consumidor de sustancias como un espíritu *“dominado”* que (re)cayó en el pecado y necesita ser re-educado. Nuevamente es una idea de sujeto que se concibe como destinado a ser inerme y pasivo.

Desde otras representaciones se concibe al uso de drogas como una patología crónica que forma parte de la identidad de sujetos cuya personalidad siempre será “adicta” a algo, como casi una definición ontológica. Es decir, la persona se definirá como “soy adicto” incluso muchísimos años después de haber dejado el uso problemático de drogas, en lugar de significarlo como un estado que tal vez pueda ser puntual en un momento y una situación de la trayectoria de su vida.

No falta la imagen hedonista del sujeto consumista que busca paliar el malestar de la cultura, o el estrés de agobiantes condiciones de trabajo y de vida. Lecturas que aportan a la comprensión del padecimiento social de época y la fuerza del atravesamiento cultural, aunque pueden desplazarse a macrointerpretaciones que dificultan imaginar escenarios instituyentes.

Cuando hablamos de adolescentes, a estas imágenes se suma el descrédito, la *negativización* de la juventud, y la infaltable imagen de la “mala junta” que supuestamente “contagia” y vuelve a los sujetos incapaces de cualquier decisión.

Históricamente coexisten dos lógicas que han logrado la hegemonía sobre el modo en que la sociedad concibe a los consumidores de drogas y el tratamiento a seguir para terminar con el consumo: 1) la lógica “Sanitaria” que pretende su “cura” y 2) la que persigue su “control”: la lógica “Punitiva”.

Estas dos lógicas se han edificado sobre la noción de “conducta desviada” que se relaciona con la falta de aceptación de las normas sociales. Las normas son ideas compartidas acerca de cómo deben comportarse las personas y los esfuerzos que la sociedad realiza para prevenir y/o corregir el comportamiento desviado integran lo que se ha denominado “el control social”, cuyo instrumento más poderoso es la “sociabilización” entendida ésta como la internalización por parte de los individuos de las normas que rigen el comportamiento dentro de la sociedad, cuando el individuo se “desvía” del comportamiento esperado y aceptado se ponen en funcionamiento las normas legales y morales.

Cuando la sociedad parte de la idea que el consumo de drogas es una “conducta desviada” surgen los prejuicios y con ellos la estigmatización, los estereotipos y la discriminación hacia los consumidores.

La adolescencia es definida perse como una etapa de trasgresión y falta de límites, si a todas estas características, de por si negativas, les sumamos el consumo problemático de sustancia y situaciones de vulnerabilidad social vemos que el prejuicio se profundiza aún más haciendo una diferenciación entre clases sociales: el adolescente pobre es además de adicto, delincuente, desertor escolar y consumidor de drogas duras y baratas frente al cual la intervención posible es mínima, sin embargo, el adolescente de clase media o alta es definido como aquel que experimenta con las drogas y apenas comete excesos.

«El modo en que se define la juventud en cada sociedad expresa el valor y lugar que se le otorga a estos sujetos y produce en consonancia determinadas prácticas» (Bourdieu, 1997:45).

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 lugar que una sociedad concede a las drogas, la percepción que tiene de ellas, la manera como tolera a algunas y excluye a otras, se debe primero a su propio funcionamiento, a la forma como se representa como sociedad y finalmente a las relaciones que las drogas mantienen con el imaginario social» (Fatela, J..2004: 47).

En este sentido, se presenta como relevante revisar y repensar las prácticas y las intervenciones profesionales teniendo en cuenta lo anteriormente descripto respecto de las representaciones sociales en torno a las y los adolescentes y el consumo problemático de sustancias.

CAPITULO 2

MODELOS DE PREVENCIÓN SOBRE EL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS

Se han desarrollado 5 modelos y si bien algunos prevalecen sobre otros, ninguno de ellos ha perdido vigencia y coexisten marcando a los diferentes discursos que abordan el tema de la droga. Estos modelos se diferencian por la relevancia que les otorgan a los elementos interactuantes "Droga – Sujeto - Contexto" y de allí surgen las medidas sociales, preventivas, sanitarias y legislativas que se llevaran adelante según cada enfoque:

A- Modelo Ético-Jurídico

Este modelo centra su análisis en la "sustancia" (Droga), ella es la protagonista. Las clasifica en legales e ilegales. Enfatiza las medidas legales y penales dirigidas a los usuarios de drogas, quienes son percibidos como "delincuentes" que infringen la ley y por ello deben ser "castigados". Está centrado en el Paradigma Punitivo, basado en el Derecho, ley con criterio punitivo. Según Graciela Touze (2006) el modelo presenta una paradoja intrínseca, por un lado, se presenta al consumidor como vicioso y a sus conductas como ilegales, razón por la cual se convierte en un delincuente, pero por el otro el modelo considera como sujeto activo a la droga, no a la persona, que es solo su víctima por esta razón, el consumidor de drogas se convierte en delincuente y víctima simultáneamente. Este modelo jurídico busca dificultar la disponibilidad de la sustancia, eliminar el mercado de la droga. Su estrategia preventiva se centra en la divulgación de las sanciones (por cultivo, venta, consumo, etc.). Aísla o encarcela a los consumidores para su posterior reinserción social.

B-Modelo Médico-Sanitario

Para éste modelo los sujetos "pacientes" no son responsables de la práctica de consumir drogas. Son considerados como "enfermos" que deben recibir un tratamiento y no un castigo.

El "drogadicto" es considerado un "enfermo" al que hay que curar (diagnosticar, prescribir y tratar) y reinsertar en la sociedad.

«En general las intervenciones curativas del especialista se apoyan más en la prescripción, consejo e información que en la "escucha" personalizada de lo que está necesitando cada persona en particular. Las drogas, las personas y el contexto se analizan en términos de "agente", "huésped" y "ambiente", según la misma lógica con las que se estudian las "enfermedades infectocontagiosas». (Komblit Ana Lía, Camarotti Ana Clara, Dileo Pablo y Verardi Julian.2011:11).

Los adictos no son delincuentes sino enfermos que deben ser introducidos en dispositivos médicos que implican su institucionalización.

C-Modelo Psico-Social

Este modelo pone el foco en el "sujeto" y no ya en la sustancia. La adicción es la resultante de un malestar psíquico. No interesa el tipo de droga que se consume, el interés se centra en el tipo de vínculo que la persona establece con la sustancia.

Este modelo se sustenta en el reconocimiento de la complejidad de cada individuo y del peso que tienen los factores psicológicos y ambientales sobre sus decisiones. Al centrarse en el sujeto, busca saber cuáles son las necesidades que lo llevaron al abuso de sustancias toxicas.

Es el de mayor peso en comunidades terapéuticas y centros de rehabilitación. Entre las causas que se esgrimen para explicar por qué las personas comienzan a consumir drogas se pone el énfasis en la importancia que tiene en primer lugar: la familia, como responsable de la sociabilización primaria y, en segundo lugar: el grupo de pertenencia (amigos, compañeros).

D-Modelo Socio-Cultural

Este modelo pone el foco en el medio macro-social, en la estructura de la sociedad.

El significado que se les da a las drogas estaría aquí determinado por la forma en que una sociedad define el consumo de las mismas y por las estrategias de prevención que dirige hacia los consumidores.

Plantea que la política preventiva no puede abstraerse de la estructura socioeconómica y los aspectos culturales que constituyen el contexto social de los consumidores de drogas. Considera que las desigualdades, la marginación, el desempleo, el analfabetismo, etc., debe considerarse como causales de la aparición masiva de las drogodependencias.

Este modelo privilegia el significado que los sujetos otorgan a las prácticas de riesgo y de protección a partir de su pertenencia a determinados contextos culturales.

Los programas de reducción de daños forman parte de las políticas preventivas de este modelo.

Según Touze (2006) *para éste modelo la droga funciona como una forma de evasión de la realidad*. El consumo de drogas nuevamente forma parte del síntoma, pero en esta oportunidad, ya no en términos psicopatológicos sino

sociales, es decir como catalizador de una disfunción del sistema. El supuesto preventivo que funciona por detrás es que, si disminuyen las situaciones de conflicto y desigualdad social, disminuiría la demanda de drogas.

E-Modelo Geo-Político Estructural

La droga es vista como mercancía y el foco esta puesto en los determinantes estructurales de su consumo.
Plantea la ineficacia que demuestran los modelos importados de otros países y la necesidad de tener en cuenta las características particulares de América latina a la hora de planificar acciones preventivas. Conceptualiza el consumo de drogas y el narcotráfico como un fenómeno global consustancial a las circunstancias que crean y mantienen el subdesarrollo y propician la dependencia latinoamericana.
Para este modelo, el contexto no es solo el ambiente individual, familiar y comunitario sino toda la sociedad con sus factores, cambios y contradicciones.

Ver Fig. 1 En Anexo

TRATAMIENTOS DISPONIBLES

Antes de adentrarnos específicamente en los dispositivos existentes destinados a la atención de adolescentes con consumo o abuso problemático de sustancias resulta fundamental aclarar que, casi en su totalidad, basan su modalidad de tratamiento en dos cuestiones:

- Considerar a la adicción como enfermedad y a la abstinencia como condición y modelo a la hora de iniciar un tratamiento. Esto hace que los mismos se centren fundamentalmente en el modelo Medico Sanitario el cual sostiene que es la "droga" la que provoca el padecimiento de los consumidores.

Los dispositivos más desarrollados en nuestro país son fundamentalmente dos: la Comunidad Terapéutica por un lado y los de carácter ambulatorio, como son los Hospitales o Centros de Día.

A continuación, se desarrollan las características principales de cada uno de ellos.

➢ La Comunidad Terapéutica:

Son instituciones de tipo residenciales, cerradas, donde los "residentes" permanecen allí internados durante el tratamiento de la cura de su adicción, logrando algún tipo de salida, siempre acompañado, en la medida que avanza positivamente en su tratamiento y recibiendo visitas del afuera previamente autorizadas por personal a cargo.

Proponen un tratamiento con un encuadre rígido y sanciones para quienes no lo cumplan. Trabajan con medidas educativas y limites bien definidos.

Los tratamientos están a cargo en general por un staff conformado por profesionales de la salud y Operadores Socio Terapéuticos.

Para el ingreso a este dispositivo se realiza una entrevista de admisión donde se acuerda con el "Residente" sobre la metodología y normas del tratamiento.

En general permanecen internados durante un año aproximadamente.

Realizan allí actividades de aseo del lugar, talleres recreativos, grupos operativos y de confronto, terapia individual. Los pacientes tienen distribuidas las distintas tareas y responsabilidades relacionadas con el mantenimiento del orden y el aseo del lugar (limpieza, cocina, alimentación de animales, jardinería, lavado de ropa, etc.)

Existen reglas fundamentales a cumplir por los "Residentes": No Drogas y No Sexo.

- **Hospital o Centro de Día:**

Los “Pacientes” en general llegan a través de derivaciones de SEDRONAR, Obra Social o el GCBA.

Se realiza una “entrevista de admisión”, esto es, una entrevista con un profesional, se intenta que los pacientes lleguen a esta entrevista acompañado (familiar, pareja, amigo, etc.)

Se trabaja con el “paciente” a fin de establecer si llega con la demanda toxica, (es decir, si es su voluntad dejar de consumir) o si llega empujado por otros (familia, pareja, etc.) también existe la variable judicial donde el “paciente” se encuentra obligado por una medida judicial.

En esta primera entrevista se evalúa si es necesario realizar algunas más antes del ingreso al grupo.

Se establece en esta instancia un “contrato terapéutico” en cual se determina según como sea necesaria la carga horaria con la que el paciente acudirá al tratamiento.

Si se lo deriva a Hospital de Día, deberá concurrir de lunes a viernes, durante ocho horas diarias, si se define Centro de Día será de lunes a viernes, cuatro horas diarias. El paciente ingresa a un grupo abierto. Con el que va a trabajar durante toda la semana.

En el contrato terapéutico se establecen cuestiones como:

- Manejo o no del dinero
- Si se está o no en condiciones de concurrir a la escuela o trabajar
- El uso de redes sociales
- El compromiso de la concurrencia diaria respetando asistencia y puntualidad
- El trabajo con la red vincular
- La prohibición de relacionarse con vínculos de consumo.
- La prohibición de ingresar a la institución con cualquier tipo de sustancia (el no cumplimiento de esta regla será motivo de expulsión)
- La prohibición de mantener relaciones sexuales con otros pacientes de la institución o con personas que trabajen en ellos.

<u>Estructuras:</u>

Todos los pacientes, tanto los que concurren a Hospital de Día o Centro, ingresan a las 13:00 y comienza la jornada donde se ocuparan de distintas tareas previamente distribuidas (preparar el almuerzo, realizar la limpieza y el orden de la institución) culminadas estas tareas participan de “el grupo operativo de tareas o aprendizaje”, que tiene como finalidad la transmisión de

conocimientos y cambios de actitudes. Son grupos abiertos donde se trabaja con lo extra psíquico consciente, conductas o contenidos en relación a la tarea.

Reciben directivas, se distribuyen tareas y responsabilidades valuables, se busca objetivar, se trabaja si cada miembro cumplió o no con su objetivo; por ejemplo: Los días viernes se programa el fin de semana, los días lunes se evalúa y se trabaja si hubo cumplimiento o no de lo programado.

La estructura esta predeterminada, los grupos son coordinados por dos personas, en general un psicólogo y un operador socio terapéutico, counseling o psicólogo social. La comunicación es radial, la dinámica es predeterminada, el conflicto esta reglado y el encuadre terapéutico no se interpreta. Se intenta ordenar el presente.

El mismo tipo de grupo se da en el dispositivo de Centro de Día y se llevan a cabo talleres recreativos (yoga, teatro, biodanza, etc.)

Lo hasta aquí detallado conforma un primer paso del tratamiento, donde lo que se trata es de acompañar a que el paciente logre ordenar y organizar su presente, su día a día.

El objetivo primordial es el sostenimiento de la abstinencia.

En un segundo momento una vez alcanzada la abstinencia, se comienza a trabajar en grupos de profundización, pre terapéutico. Se da aquí un pasaje del polo Extrasíquico al Intrasiquico, u metodología es la exposición y confrontación de comportamientos.

En este contexto se le brinda al paciente los recursos necesarios (llamadas telefónicas a los coordinadores, acompañamientos terapéuticos, etc.). Estas son técnicas de refuerzo y sostén del yo en el tiempo presente.

Las recaídas en el consumo no son causa de expulsión del tratamiento, sino que se trabajan para que el paciente logre conocer un poco más de él.

En este segundo paso hay también un segundo momento donde el paciente ha logrado un cierto tiempo de abstinencia y de conocimiento sobre sí mismo, por lo cual accede al grupo terapéutico propiamente dicho. En este grupo se reduce drásticamente la carga horaria a dos veces por semana de una hora y media, de duración, cada vez.

Son grupos cerrados. Se intenta hacer consciente lo inconsciente. Se trabaja la resistencia los mecanismos de defensa y los supuestos básicos. Se subjetiva y se apunta primeramente a operar con emociones primarias. La estructura es terapeuta paciente. La dinámica es libre. Se trabaja a partir del conflicto y el encuadre se interpreta.

Por último, el tercer momento, en el tratamiento está relacionado con lo “Comunitario”, reforzar vínculos sanos, participar de otros grupos, trabajar con la comunidad.

El concepto de Salud aquí es más abarcativo e incluye a lo social.

Cabe aclarar que desde el inicio del tratamiento los pacientes realizan terapia individual, controles médicos y psiquiátricos. La fundación trabaja también por grupos conformados por padres por un lado y parejas de los pacientes por el otro.

En virtud de los dispositivos descriptos, y en el marco del enfoque de derechos, teniendo en cuenta lo que se establece en la Ley Nº 26.061 de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes y la Ley Nº26.657 de Salud Mental, se plantea como necesario pensar en nuevas estrategias de intervención que respondan a la protección integral adoptando medidas tendientes a priorizar la permanencia en el grupo familiar, preservando y fortaleciendo los vínculos familiares, y potenciando el contexto familiar

En este sentido, los aspectos fundantes de la intervención profesional estarán dados por el interés superior del niño y la opinión y participación de los adolescentes en el desarrollo de las estrategias diseñadas, siempre considerando la internación como una medida excepcional y como último recurso.

El enfoque de derechos, la ley de Salud Mental y la ley de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes convoca repensar a los adolescentes con consumo problemático de sustancias como sujetos de derecho, y a superar la idea del adolescente como objeto de asistencia.

En este marco de derechos, se les otorga otra entidad donde se les reconoce su opinión, su capacidad de tomar decisiones y participar de la construcción de las posibles estrategias de intervención.

Se les reconocen los derechos a conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia; a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria; derecho a recibir o rechazar asistencia o auxilio espiritual o religioso; derecho a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado, incluyendo las alternativas para su atención; derecho a acceder a su historia clínica, y derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades (Art. 7).

LAS REDES DE APOYO

La capacidad de los adolescentes para afrontar un tratamiento por consumo problemático de sustancias dependerá de una doble pertenencia: al mundo social y al mundo subjetivo, que tienen que ver con su historia familiar y trayectoria personal, con una red socio-afectiva de apoyo y pertenencia, recursos materiales e intelectuales o internos, el acceso a medios institucionales y el efectivo ejercicio de sus derechos. En esta línea, se convierte fundamental para el adolescente con consumo problemático de sustancias su pertenencia a una red social.

Entendemos que «La noción de Red social implica un proceso de construcción permanente tanto individual como colectivo. Es un sistema abierto, multicéntrico, que a través de un intercambio dinámico entre los integrantes de un colectivo (familia, equipo de trabajo, barrio, organización, tal como el hospital, la escuela, la asociación de profesionales, el centro comunitario, entre otros) y con otros integrantes de otros colectivos, posibilita la potencialización de los recursos que poseen y la creación de alternativas novedosas para la resolución de problemas o la satisfacción de necesidades» (Dabas, 1999: 5)

En este sentido, podemos afirmar que las redes, son, antes que nada, formas de interacción social y espacios de convivencia y conectividad definidos a partir de los intercambios dinámicos entre los sujetos que la integran.

«Las redes son sistemas abiertos y horizontales, y aglutinan a conjuntos de personas que se identifican con las mismas necesidades y problemáticas. Las redes, por tanto, se erigen como una forma de organización social que permite a un grupo de personas potenciar sus recursos y contribuir a la resolución de problemas. El atributo fundamental de una red es la construcción de interacciones para la resolución de problemas y satisfacción de necesidades» (Rizo García, 2003:1)

Entonces, de acuerdo a como se estructure la red social de cada uno de los\las adolescentes, estos podrán ir implementando diversos tipos de estrategias en el atravesamiento de su proceso de tratamiento, así como también podrán enfrentar las situaciones de crisis de diversas maneras, de acuerdo a los recursos con los que cuenten en los diferentes momentos.

El intercambio entre integrantes de un colectivo, en el cual los adolescentes van construyendo su experiencia a la vez que son construidas por ellos, opera como un marco de un nivel más “micro” entendido como red social personal.

Coincidimos en que la misma, «Es la suma de todas las relaciones que un individuo percibe como significativas o define como diferenciados de la masa anónima de la sociedad. Esta red contribuye sustancialmente a su reconocimiento como individuo y constituye una de las claves centrales de la experiencia individual de identidad, bienestar, competencia y protagonismo, incluyendo los hábitos del cuidado de la salud y la capacidad de adaptación a una crisis». (Sluki 1996 en Dabas y Perrone, 1999:11)

De acuerdo a lo propuesto por Rizo García en el trabajo mencionado en párrafos anteriores en adición a las redes personales (de parentesco o afinidad, existen también otros tipos de redes:

Redes categoriales, entendidas como aquellas que parten de compartir una determinada condición social o categoría demográfica, étnica, cultural o socio-económica; redes estructurales, generadas en el ámbito laboral o profesional; redes asociativas o de iniciativas, generadas en el marco de organizaciones sociales o asociaciones, entre otras clasificaciones posibles.

Entendemos que pensar en redes sociales implica necesariamente suponer que la base de la construcción de las mismas está marcada por la idea de apoyo social, el cual es definido «como las transacciones interpersonales" que implican ayuda, afecto y afirmación» (Khan y Antonusi, 1980 en Guzmán, Huenschuan y Montes de Oca, 2003:6) este apoyo puede ser tanto material, instrumental, emocional y cognitivo.

Ver Fig. 2 En Anexo

Los apoyos considerados dan cuenta de lo que Dabas, refiere como función: «se habla de la función de la red en términos de compañías sociales, apoyos emocionales, guías cognitivas, de regulación social, de ayuda material, de servicios y accesos a nuevos contactos» (Guzmán, Huenschuan y Montes de Oca, 2003: 3)

Por último, consideramos importante tener en cuenta que la «red social si bien está conformada por vínculos que proporcionan apoyo y ayuda mutua para enfrentar situaciones difíciles, también incluyen lazos negativos que propician los conflictos y dificultan su resolución» (Arias, 2004:25)

De acuerdo a esta última consideración, entendemos que se torna fundamental retomar la idea de red social como sistema abierto, a fin de poder entender que las situaciones presentadas como de riesgos o conflictivas en las trayectorias de vida de los sujetos, pueden ser superadas en pos de la construcción de nuevas redes o de la incorporación de vínculos significativos en las ya existentes. De este modo, el dinamismo se convierte en una oportunidad de repensar las relaciones construidas por los adolescentes permitiéndoles en caso en que así lo consideren, correrse de aquellos espacios que se presenten hostiles, donde existen riesgos de consumo, discriminación, estigmatización, etc. En definitiva, se trata de apostar a la construcción de interacciones que le permitan re-significar la experiencia de vida.

CAPITULO 3

EL CONSUMO DE SUSTANCIAS COMO PROBLEMÁTICA SOCIAL COMPLEJA Y LAS ESTRATEGIAS DE ABORDAJE POSIBLE

El Consumo Problemático de Sustancias forma parte de las llamadas Problemáticas Sociales Complejas. Para referirnos a las mismas utilizaremos información aportada por el autor Alfredo Carballeda quien en distintas publicaciones introduce el término para referirse al producto que surge de la tensión entre necesidades y derechos sociales y civiles; en un contexto signado por grandes desigualdades, emergencia de derechos subjetivos, incertidumbre entre las expectativas sociales y las posibilidades de alcanzarlas y crisis institucional. Nos encontramos en nuestras prácticas con nuevas formas de padecimiento, subjetividad y conflictividad en un mundo caracterizado: por incertidumbre con respecto al futuro, nuevas formas de pobreza, la pérdida de lugares de socialización y nuevos movimientos migratorios.

Según el autor, las Problemáticas Sociales Complejas plantean una serie de características y cuestiones que deben ser tenidas en cuenta para entender la realidad e intervenir sobre ellas, entre estas citamos:

- No son estáticas, están caracterizadas por su movilidad, por ello se hace necesario pensar la intervención en escenarios complejos, atravesados por múltiples lógicas y con la preeminencia de una u otra desde planos muchas veces azarosos. Tanto los actores intervinientes en la resolución de las mismas como las instituciones deben amoldar sus prácticas a la nueva cuestión social.

- Las problemáticas sociales actuales están atravesadas por diferentes componentes, donde cada uno de ellos tiene su propia representación tanto en la esfera del sujeto, su grupo de pertenencia, su red social, como para el resto de las prácticas y modalidades de intervención. Así, las Problemáticas Sociales Complejas, son transversales, abarcando una serie de problemas que se expresan en forma singular en la esfera del sujeto por lo tanto requieren intervenciones desde la interdisciplina.

- Sobrepasan las respuestas típicas de las instituciones, ya que estas han sido creadas dentro de una lógica más ligada a la homogeneidad de las poblaciones que a la heterogeneidad de éstas, reclamando respuestas singulares.

- Las problemáticas sociales complejas son producto también de diferentes procesos de estigmatización

Retomando al inicio del Capítulo, el Consumo Problemático de Sustancias forma parte de las llamadas Problemáticas Sociales Complejas.

«La drogadicción se inscribe dentro del tipo de problemas que en las últimas décadas ocupan un lugar diferenciado en el imaginario social, las representaciones sociales y las nuevas expresiones de la cuestión social, dentro de escenarios cada vez más confusos.

La Drogadicción, es así el lugar desde donde sobresalen los rasgos de una sociedad atravesada por relaciones violentas, la fragmentación, y la pérdida de espacios de socialización generando nuevas formas de padecimiento. La presencia de demandas relacionadas con este tema genera una serie de inconvenientes, tal vez porque los mandatos institucionales no se relacionan con la complejidad de éste y con sus nuevas formas. La fuerte presencia de la drogadicción en el imaginario social, la torna de alguna manera" inasible" y ligada a un fatalismo donde, muchas veces se parte del presupuesto que es muy poco lo que se puede hacer o que todo esfuerzo en la resolución de este tipo de problemas no tiene sentido o es en vano. El fatalismo con que se impregnan a muchas veces las acciones institucionales, se transporta a la familia de los pacientes y a ellos mismos, tornándose desde una subjetividad construida en la imposibilidad personas que se consideran a sí mismas inviables dentro de una sociedad que ante el temor los rechaza o estigmatiza. De esta forma se construyen nuevas formas de exclusión, que van más allá de los diferentes estratos sociales, pero que son importantes generadores de identidad. Es decir, se constituyen identidades desde la imposibilidad». (Carballeda, 2008:5).

Por lo expuesto, y a la luz de los desafíos que plantea la ley de Protección Integral de Niños, Niñas y Adolescentes y la Ley de Salud Mental resulta fundamental imprimir una nueva mirada hacia las adolescencias y repensar las estrategias de abordaje posibles a la hora de intervenir en esta problemática social compleja que es el consumo problemático de sustancias en los adolescentes.

Es necesario provocar transformaciones que impacten en la formación de nuevas Representaciones sociales que colaboren a desterrar prejuicios sobre las adolescencias y fundamentalmente hacia aquellos que padecen un doble estigma, por ser Adolescente y por padecer Consumo Problemático de sustancias. El desafío que se nos presenta como profesionales de la adolescencia es repensar y diseñar estrategias de abordaje basadas en la noción de Sujetos de Derecho.

En este sentido, las intervenciones deben estar atravesadas por el derecho a la Salud Integral, por los conceptos de interdisciplina, intersectorialidad, corresponsabilidad, fundamentadas en los principios de interés superior, la autonomía progresiva y la participación directa.

«La Salud Integral implica el completo bienestar físico, psíquico y social y no sólo la ausencia de enfermedad» (OMS, 1948). Particularmente la adolescencia es una etapa sana de la vida y epidemiológicamente el índice de muertes, enfermedades y padecimientos crónicos es bajo. No obstante, los/as

adolescentes están expuestos a riesgos específicos de esta etapa y gran parte de su problemática es de orden social.

Generar y sostener abordajes integrales en salud implica la consideración de su interrelación con otros derechos humanos que aseguren el completo bienestar de las personas. A su vez, requiere contemplar la salud en sus tres dimensiones, entendiéndola como entidad bio – psico - social. En este sentido cabe destacar que el derecho a la salud mental es parte indisoluble del derecho general a la Salud.

Para ello es fundamental el abordaje interdisciplinario ya que el mismo implica una nueva construcción de las prácticas profesionales porque constituye un proceso en el cual se trascienden los límites de las disciplinas individuales a fin de estudiar problemas desde perspectivas múltiples e integrales para producir conocimientos con mayor correspondencia con la realidad empírica.

Además, el trabajo debe ser intersectorial porque permite la integración entre el Estado y la Sociedad Civil mejorando los procesos de gestión y fortalecimiento de las Redes Sociales en los procesos de inclusión social a partir del abordaje comunitario y territorial.

La Ley de Salud mental plantea específicamente estas cuestiones:

Art. 8º.- Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes.

Art. 9 º.- El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales.

Es decir, que los actores intervinientes en la resolución de esta problemática deben trabajar fundamentalmente fuera del ámbito hospitalario, en el terreno de pertenencia del, en este caso, adolescente con consumo problemático fomentando la inclusión y el fortalecimiento de los lazos con la comunidad y las instituciones locales.

Art. 14.- La internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social. Debe promoverse el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo en aquellas excepciones que

por razones terapéuticas debidamente fundadas establezca el equipo de salud interviniente.

La medida terapéutica de internación será tomada como último recurso, luego de una evaluación interdisciplinaria además deberá ser por períodos breves y bajo el consentimiento del adolescente, su familia o representantes legales, cuando por razones de terapéuticas la internación sea de carácter involuntario el sujeto de derecho deberá contar con un abogado.

Es acorde establecer aquí un paralelismo con la Ley Nº 26061de Protección Integral de las Niñas, Niños y Adolescentes ya que entre otras cuestiones reconoce a éstos como Sujetos de Derecho estableciendo que la separación de los mismos de su grupo familiar deberá ser una medida excepcional y como último recurso respetando siempre el Interés Superior del Niño.

Otra cuestión compartida por ambas leyes es el reconocimiento del derecho de las Niñas, Niños y Adolescentes a ser oídos y que su opinión sea tenida en cuenta, respetando la autonomía progresiva de los mismos. Ejercer la autonomía significa poder tomar decisiones propias sin intervenciones de otros.

La autonomía es una de muchas habilidades que se desarrolla progresivamente desde la infancia y continúa durante la adolescencia. No necesariamente guarda relación con la edad, pero sí con distintas características individuales y el contexto (familia, educación, cultura, etc.). Por eso cada persona desarrolla esta habilidad de manera diferente. Es por ello que el acompañamiento de las familias (en su enorme diversidad), la comunidad (compuesta por referentes de confianza de los/as adolescentes como amigas/os, vecinas/os, parientes, etc.) y el Estado debe contemplar las necesidades, capacidades y deseos de cada adolescente. A medida que los niños van desarrollando la autonomía aumenta su capacidad de asumir responsabilidades respecto a sus derechos y al mismo tiempo va disminuyendo la necesidad de orientación y dirección de adultos referentes.

En el caso de los tratamientos por consumo problemático de sustancias los/as adolescentes tienen el derecho de opinar y ser consultados en cuanto a la mejor estrategia de tratamiento ofrecida.

La Participación directa es otro de los principios rectores que plantea la Convención de los Derechos del Niño, para poder tomar decisiones es necesario que a los/as adolescentes se les ofrezca información de forma completa, de manera que puedan comprenderla y que tengan libertad para poder evaluar las opciones. También es necesario que puedan expresar sus opiniones y que estas sean tenidas en cuenta. Un límite de edad no puede obstaculizar o restringir la capacidad de NNyA de tomar decisiones, ya sea en el marco de la consulta médica, de la asesoría en salud integral en las escuelas, y de todos aquellos espacios que formen parte.

Por último, es importante enmarcar todas estas acciones bajo el concepto de Corresponsabilidad.

El Sistema de Promoción y Protección de los Derechos de NNyA instala el principio de corresponsabilidad, señalando que cada sector, según su competencia, es responsable de la promoción y protección del derecho que debe promover o proteger, al mismo tiempo que para su restitución debe estar en relación con los demás actores sociales. Esta orientación apunta a sustituir la práctica de “derivación” de casos entre instituciones para propender a la interdependencia entre las mismas con el objeto de promover, proteger y restituir derechos en forma integral.

Las competencias y responsabilidades de los diferentes actores deben amalgamarse en estrategias integrales, para evitar la intervención fragmentada y lograr un impacto efectivo en función del entramado de dimensiones sociales, institucionales y subjetivas que constituyen los problemas. La complejidad del campo y las diversas situaciones de vulnerabilidad que afectan a los/as adolescentes fundamentan la necesidad de un trabajo corresponsable entre las instituciones en pos de garantizar los derechos de los/as jóvenes, particularmente a la salud y a la educación.

Es importante convocar también a las organizaciones de la sociedad civil, las familias y la comunidad toda.

RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

Durante el desarrollo de este Trabajo de Investigación Final se realizó la lectura de doce Historias Clínicas que incluyen Informes Socioambientales de Adolescentes con consumo problemático de sustancias de entre trece y diecisiete años, ocho de estos, hombres, y cuatro, mujeres, que realizaron tratamiento por consumo en la Fundación de DEHUM de la CABA y se volcó la información en fichas diseñadas para tal fin.

Tomando como base el universo de doce adolescentes los resultados que arrojaron las mismas fueron los siguientes

- Ocho de ellos estudian en Colegios Secundarios de la CABA. Siendo que tres lo realizan en Escuelas Privadas y cinco en Escuelas Públicas.
- Cuatro de ellos refieren haber abandonado sus estudios secundarios por deber concurrir a sus tratamientos en modalidad de hospital de día y no tener la edad exigida para cursar secundarios en turnos vespertinos.
- Ninguno de los adolescentes tenidos en cuenta para esta investigación realiza tareas laborales.
- Seis de los adolescentes han realizado tratamientos anteriores por consumo problemático de sustancias. Tres de ellos fueron internados en comunidades terapéuticas.
- Los doce adolescentes conviven junto a progenitores y hermanos. Siendo que ocho de estos se encuentran a cargo de sus progenitoras como único sostén económico del grupo familiar.
- Los ingresos económicos provienen básicamente del trabajo de sus progenitores. Siendo que cuatro de los mismos son profesionales y los restantes realizan actividades como monotributistas o en el mercado laboral informal.
- Cuatro de estos adolescentes cubren sus costos de su tratamiento a través de Medicina Prepaga, tres por obras sociales y cinco son becados por la Sedronar.
- La zona de residencia se ubica en distintos barrios de la CABA siendo que seis de ellos residen en villas de emergencia.
- En cuanto a la realización de deportes son los varones (ocho) los que refieren jugar al futbol en clubes o plazas barriales.
- Por ultimo en cuanto a las actividades recreativas de preferencia en su mayoría refieren que son las juntadas con grupos de pares y la concurrencia a boliches bailables, actividad que se encuentra “prohibida” por encontrarse en tratamiento

* Ver fichas en Anexos

CONSIDERACIONES FINALES

El trabajo de investigación desarrollado en las páginas precedentes partió de un problema de conocimientos acerca de las incidencias de las representaciones sociales y la noción de sujeto en el diseño de estrategias destinadas a adolescentes con consumo problemático de sustancias entre los 13 y 17 años de edad.

Por tratarse tanto la Adolescencia como el consumo problemático de sustancias, de temáticas muy complejas, atravesadas por variables políticas, sociales, culturales, económicas, no se pretende presentar una conclusión cerrada o acabada sobre la misma sino aportar determinadas cuestiones consideradas indispensables a la hora de la intervención como profesionales, las cuales deben ser tenidas en cuenta para facilitar la permanencia de los adolescentes en los dispositivos dedicados a tratar la problemática del consumo de sustancias.

Es importante preguntarse ¿desde qué paradigma se concibe al sujeto de la intervención?

Apoyada en el paradigma de Protección integral de derechos la Ley de Salud Mental convoca a instalar el reconocimiento de los “adictos” como sujetos de derecho, y superar la idea del paciente/beneficiario como objeto de asistencia. Se les otorga otra entidad donde se les reconoce su capacidad de tomar decisiones y participar de los procesos de intervención o asistencia. Se les reconocen los derechos a: la intimidad; a conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia; a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria; derecho a recibir o rechazar asistencia o auxilio espiritual o religioso; derecho a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado, incluyendo las alternativas para su atención; derecho a acceder a su historia clínica, y derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades (Art. 7).

De acuerdo a lo desarrollado en los capítulos precedentes y del análisis recabado a través de las fichas de recolección de datos de adolescentes con consumo problemático de sustancias que realizaron o realizan tratamiento en la Fundación DE.HUM. de la C.A.B.A., se considera pertinente la realización de las sugerencias que a continuación se plantean:

- Resulta fundamental trabajar desde las distintas instancias en la construcción de representaciones sociales respecto de la adolescencia y el consumo problemático desde una mirada de protección y basada en los derechos humanos. En definitiva, las teorías, las representaciones sociales y los modos de abordaje se relacionan dialécticamente. Los saberes científicos y del sentido común matizan e influyen en el modo en que se interviene, se mira, se dialoga corporalmente, se escucha a los/as otros/as. Y sabemos que una actitud de escucha genuina junto con instituciones que ejerzan la *disponibilidad* tiene efectos diferenciales en las prácticas de cuidado y en la forma en que se significan los padecimientos.

- Es importante visibilizar como en las acciones concretas de los actores del sistema de protección integral de derechos, estas representaciones y la mirada estigmatizante se ponen en juego e interpelan al sujeto condicionando la posibilidad de construir un tratamiento juntos.

- La importancia de adecuar y construir practicas respetuosas de los derechos de los adolescentes que tengan en cuenta la voz de los mismos, las condiciones de posibilidad concretas y contextuadas, las estrategias singulares y el fortalecimiento de las redes de apoyo.

- El Consumo Problemático de Sustancias como Problemática Social Compleja requiere de un proyecto de intervención singularizado.
  Se debe trabajar de manera interdisciplinaria e intersectorial en la elaboración y/o modificación de los dispositivos de tratamientos existentes teniendo en cuenta las realidades sociales complejas y las representaciones sociales que atraviesan a la sociedad toda, incluidos los actores que intervienen en la resolución de la problemática. Estos dispositivos no deberían ser rígidos e idénticos para todos, sino que es fundamental tener en cuenta las características de los adolescentes que demandan respondiendo a las condiciones y necesidades de los sujetos en sus contextos locales.

- Por ultimo creemos que el desafío está en generar Políticas Públicas Integrales que brinden respuesta a este tipo de Problemática Social Complejas, siempre dentro del marco de los Principios Generales que guían la protección integral de derechos: la Autonomía Progresiva, la Participación Directa, el Interés Superior del Niño y la No discriminación.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Acevedo Mariana, Andrada Susana y Lopez Eliana. “La implicancia de la concepción de los sujetos en la investigación y la intervención con Jóvenes”. Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Nacional de Córdoba. 2010
- Arias F. “El proyecto de Investigación” 4ta edición, Caracas, Venezuela. Ed. Episteme. 2004
- Bourdieu, Pierre. “Razones Prácticas: Sobre la Teoría de la Acción”. Ed. Anagrama. Barcelona. 1997.
- Carballeda, Alfredo. “La adolescencia y la drogadicción en los escenarios del desencanto”. Margen: Revista de trabajo y ciencias Sociales, Nº 42, 2006.
- Carballeda Alfredo. “Algunos aspectos históricos y geopolíticos que hacen a la construcción discursiva del consumo problemático de drogas”. 2014
- Carballeda Alfredo. “Drogadicción, problemática social compleja y políticas públicas: Una mirada desde la intervención en lo social”
- Convencion Internacional por los derechos del niño (1989)
- http://Unesco.org/Educacion/pdf/3472_s.pdf
- Conrad Chris, Canabal Ignacio, Ascolani Pablo y Bertone Diego. “Historia de la Marihuana en Argentina”. Ed. AREC. Rosario. 2014
- Dabas E. y Perrone N. “Redes en Salud”. Ed. FUNCER. 1999.
- Damin, Carlos. “Consumo de sustancias psicoactivas: Cuando es un problema”. Revista Voces en el Fenix. Año 6. Nro. 42. 2015.
- http://www.vocesenelfenix.com/content/consumo-de-sustancias-psicoactivas-cuando-es-un-problema
- Di Mateo R. y Di Nicola D. “Achieving Patient Compliance. The Psychology of the Medical Practitioner’s Role”. New York. Pergamon. 1985. En “Concepto de Adherencia Preventiva en el Ámbito de las Adicciones”. Health and Addictions 2014.
- Eggimann, Ana María. Tesis: “El abandono en los tratamientos de rehabilitación por drogadependencia en pacientes bajo tratamiento en la comunidad terapéutica Nazareth, de la ciudad de Rosario”. Dir. Alfredo Carballeda. Maestria en Salud Mental. UNER. Paraná, Entre Ríos, 2007.

- Fatella, J. “Drogas y ambivalencia de la subjetividad”. En Enrenberg, A (comp). Individuos bajo influencia. Ed. Nueva Visión. Bs As. 2004

- Foucault, Michael. “Microfísica del Poder”. Ed. La Piqueta. Madrid. 1997.

- Hartmann, Alicia. “Adolescencia: Una ocasión para el Psicoanálisis”. Ed. Miño Dávila. España. 2000.

- Jodelet, D. "La representación social: fenómenos, concepto y teoría". En Moscovici, s. (Dir.): Psicología Social.Vol.2, Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales. Barcelona: Paidós pp.469-495.1986

- Komblit Ana Lia, Camarotti Ana Clara, Dileo Pablo y Verardi Julian. “Prevención del consumo problemático de drogas”. Ministerio de Educación de la Nación. Instituto de Investigaciones Gino Gervami, Facultad de Ciencias Sociales, UBA-UNICEF Argentina, 2011.

- http://www.files.unicef.org>edu.modulos.esi (11/06/17)

- Ley Nro. 26.061 de Protección Integral de los derechos de niñas, niños y adolescentes (2005).

- http://www.edu.ar/sitios/educar/recursos/ver?id:118943

- Ley Nro. 26.657 de Salud Mental (2010)

- http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm

- Ley Nro. 26.934 Plan IACOP (2014)

- http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do;jsessionid=9C8EA69107E8A5283CDE83813CF57EA5?id=230505

- Martin L. “Marco Conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en Enfermedades Crónicas”. Revista Cubana de Salud Pública, 40(2). 2014. En “Concepto de Adherencia Preventiva en el ámbito de las Adicciones”. Health and Addictions. 2014.

- ONU Comité de los Derechos del Niño. Observación General N°4. “La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño”. Ginebra: CRC/CG/2003/4.

- ONU Comité de los Derechos del Niño. Observación General N°12. “Medidas generales de aplicación de la Convención sobre los Derechos del Niño (arts. 4 y 42, párrafo 6 del art. 44)”. Ginebra: CRC/CG/2003/5.

- Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Nueva York .1946. *Official Records of the World Health Organization*, Nº 2, p. 100

- Puente, Mario. “Tu Droga, Mi Droga, Nuestra Droga”. Ed. Lugar. Bs. As. 2004

- Recorder, M.L. “No se desespere por el cambio… su vida está comenzando ahora”. 2005. En VIH-SIDA y adherencia al tratamiento: Enfoques y perspectiva. Magali Aguilar. Cavada. Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de Ciencias Biológicas. 2015.

- Rizo Garcia Marta. “Redes. Una aproximación al concepto”. Universidad Autónoma de la Ciudad de Mexico. Ed. Conaculta. UNESCO. 2003

- Rodriguez, Natalia. “Etnografia de la Muerte”. Ed. Clacso-Sicux. Buenos Aires. 2011

- Rossi Diana, Touze Graciela y Carro Silvana. “Uso de Drogas: Prácticas profesionales cuestionadas”. Margen: Revista de trabajo Social y Ciencias Sociales. Año V, Numero 10. 1997.

- Sánchez. Mariana. “Juventud Negada y Negativizada: Representaciones y Formaciones discursivas vigentes en la Argentina contemporánea”· Revista Argentina de Estudios de la Juventud. La Plata. 2012.

- Sierra, Norma. “Adolescencia, Subjetividad y Contexto Socio Cultural”. Argonautas, Año IV, Numero 4. 2014.

- Silva G.E., Galeano E y Correa J.O. “Adherencia del Tratamiento. Implicaciones de la no adherencia”. Acta Medica Colombiana. 30 (4). 2005. En “Concepto de Adherencia Preventiva en el ámbito de las adicciones” en Health and Addictions, 2014.

- Touze Graciela, “La investigación en Toxicomanía. Estado y perspectiva.” Ed. Fiuc-Grito-Funlar. Colombia. 1996.

- Touze, Graciela (2006). En “Prevención del consumo problemático de Drogas”. Ministerio de Educación de la Nación. Instituto de Investigacion Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA-UNICEF Argentina. 2011.

- ***ANEXOS:***

Modelos que explican el consumo de drogas: estereotipos y representaciones		
Modelo	**Estereotipo**	**Representación social que construye el modelo**
ETICO-JURÍDICO	El usuario de drogas es simultáneamente DELINCUENTE y VICTIMA	• Trasgresión de normas - delincuente • Inseguridad, miedo • Usuarios víctimas de la sustancia
MÉDICO-SANITARIO	El usuario de drogas es un ENFERMO	• Las sustancias alteran y afectan el buen funcionamiento del organismo • El sujeto no puede hacer nada para evitar el consumo • La adicción es un emergente
PSICO-SOCIAL	El usuario de drogas es un ESCLAVO. Son personas con dificultades de adaptación y maduración	• El consumo de drogas es un síntoma que evidencia un malestar psíquico • Falta o mal funcionamiento de una red familiar y social que contenga al usuario
SOCIO-CULTURAL	El usuario de drogas es una VICTIMA (condicionado por su entorno socio-económico)	• El consumo de drogas implica una evasión de la realidad • El entorno cultural y económico determina los tipos de drogas y las formas de consumo • El uso de drogas ilegales es característico de las sociedades industriales avanzadas • Las desigualdades sociales producen vulnerabilidad en relación con el consumo de drogas
GEO-POLÍTICO ESTRUCTURAL	La oferta (tráfico) y la demanda (consumo) son una unidad indivisible	• Politiza y redimensiona el problema como fenómeno global y como un problema social

Fig. 1

Fuente: http://www.files.unicef.org>edu.modulos.esi

TIPOS DE APOYO O TRANSFERENCIAS

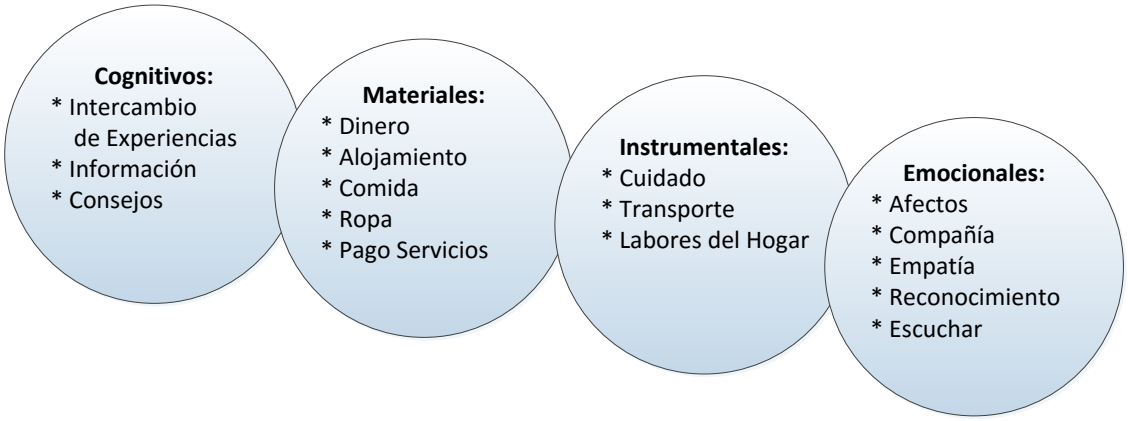

Fig. 2

Cambio de Paradigma	
Ley Nacional Nº 23.737	Ley Nacional Nº 26.657
Centrada en la Sustancia	Centrada en el Sujeto
La Droga genera Adicción	Padecimiento en el Sujeto que recurre a la sustancia
Paradigma Medico Hegemónico	Paradigma Reducción Riesgo y Daño
Modelo Ético Jurídico Medico Sanitario Asistencialista	Modelo PsicoSocial SocioCultural
Medidas Proteccionistas	Reducción de Vulnerabilidades Promoción

Fig. 3

SITUACION DEL CONSUMO DE DROGAS A NIVEL GLOBAL Y NACIONAL

Según el informe mundial sobre drogas 2016 presentado por la UNODE (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito) se calcula que alrededor de 250 millones de personas de entre 15 y 65 años consumieron por lo menos una droga en 2014, sin embargo este número no ha aumentado en los últimos cuatro años de manera proporcional a la población mundial.

Se calcula que más de 29 millones de personas que consumen drogas sufren trastornos relacionados con ella y que 12 millones de esas personas son consumidores de drogas por inyección, de las cuales el 14% viven con VIH, el impacto del consumo de droga en lo que respecta a sus consecuencias para la salud sigue siendo devastador.

El Cannabis, cuyos consumidores sumaron 183 millones en 2014 sigue siendo la droga de consumo más frecuente en el mundo, seguida por la anfetamina. El uso indebido de opiáceos y opioides sujeto a prescripción médica, cuyos consumidores se estiman en 33 millones es menos habitual, pero los opioides siguen siendo sustancias destacables por sus efectos potencialmente nocivos para la salud.

A nivel mundial, en los últimos tres años se ha observado una tendencia a la estabilización del consumo de cannabis, sin embargo ha aumentado en América del Norte, Europa Occidental y Central.

Desde el 2010 aumento el consumo de cocaína fundamentalmente en américa del sur.

En el último decenio, en varios países de Europa se observa el aumento de personas que se someten a tratamiento por consumo de Cannabis. Pese a haber disminuido el de consumidores frecuentes, los cambios de composición de los grupos de personas que reciben tratamiento por consumo de cannabis, pueden atribuirse a varias cuestiones, como las prácticas de revisiones del sistema de justicia penal y la mayor cobertura de los servicios que administran este tratamiento en algunos países.

En promedio las personas más jóvenes buscan tratamiento por trastornos debido con mayor frecuencia al consumo de cannabis y anfetaminas que al de otras drogas.

En general, los hombres tienen una probabilidad de consumir cannabis, cocaína o anfetaminas tres veces mayor que las mujeres y estas tienden más que los hombres a consumir opioides y tranquilizantes con fines no médicos. Las disparidades de género en el consumo de drogas pueden atribuirse en mayor medida a las oportunidades de consumirlas en un entorno social, que a la mayor o menor susceptibilidad o vulnerabilidad de uno de los géneros al consumo de drogas.

Además, si bien la mayoría de los estudios indica que la prevalencia del consumo de drogas es mayor en los jóvenes que en los adultos, las diferencia

de género en cuanto al consumo son menores entre los jóvenes que entre los adultos.

Para el caso territorio nacional, según datos oficiales de SEDRONAR (Secretaria de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina) se observa en la Provincia de Buenos Aires durante el periodo 2001 y el 2011 un sostenido aumento en el consumo de drogas duras en estudiantes secundarios. EL éxtasis creció en un 1200%, la cocaína un 300%, los solventes e inhalantes un 120% y la marihuana un 100%. Si bien porcentualmente la marihuana presenta el menor crecimiento, continúa siendo la droga más consumida triplicando al resto.

Entre los jóvenes estudiantes bonaerenses, el consumo de éxtasis fue el que más creció.

Estos altos niveles de consumo se presentan también a nivel nacional, donde los jóvenes estudiantes consumieron en promedio 2,2 pastillas de éxtasis en un mismo día y cerca del 40% de los estudiantes, que manifiestan ser consumidores toman 3 o más pastillas en el mismo día.

Se advierte un crecimiento significativo del consumo de las drogas más potentes y adictivas como el paco, la cocaína y el éxtasis. Señalándose además un crecimiento en los cuadros de sobredosis de los adolescentes entre los 16 y 20 años de edad.

En cuanto a la intensidad del consumo de drogas la mitad de los estudiantes bonaerense reconoce consumir marihuana, cocaína, paco o éxtasis de manera ”ocasional” y el 25% declara ser “consumidores frecuentes”, es decir diariamente o semanalmente. El paco y la cocaína presentan un nivel o frecuencia de consumo similar a la marihuana.

En estudios realizados a fines del 2013, a 16.000 pacientes atendidos en Centros de Salud de la Subsecretaria de Adicciones del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires arrojo que el 43% de los pacientes que se atendieron en los centros de adicciones de la provincia en el primer semestre de ese año nombra a la marihuana como sustancia de inicia a la adicción, advirtiendo además que esta droga lleva al consumo de otras. Es así que el 30% de los pacientes afirma que fue la cocaína la droga que los llevo a realizar tratamiento para salir de las adicciones.

En cuanto a las edades del inicio del consumo de drogas según la Secretaria de adicciones bonaerense, la edad entre los 12 y 16 años, es la etapa en la que los adolescentes se inician en su mayoría. De ellos el 20,7% lo hace a los 13 años y el 11,6% a los 12, lo que muestra un inicio de consumo cada vez más precoz.

Cuando se analiza el tipo de drogas que consumen los jóvenes, se indica que mayormente para la marihuana, la cocaína y el éxtasis, la edad de inicio son los 15 años. Mientras que para el paco y los inhalantes es aún menor (14 años). Por otra parte los organismos oficiales identifican que si bien a medida

que aumenta la edad se incrementa el % de estudiantes que han consumido drogas, se observa que el segmento que ha tenido mayor aumento de consumo, fue el de 14 a 16 años donde la marihuana crece un 185% en ese tramo etario (pasando de 5,9 consumidores a 16,8 del total de estudiantes encuestados).

FICHAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Ficha de recolección de datos 1	
Nombre: Camila	Edad: 15 Años
Estudia: Si / ~~No~~	
Institución: ~~Pública~~ / Privada	
Trabaja: Sí / ~~No~~	
Sustancia de preferencia: Marihuana	
Año de inicio de consumo: 13 años	
Inicio de tratamiento: 15 años	
Tratamientos anteriores: ~~Sí~~ / No	
Grupo conviviente: Madre - Dos Hermanas Menores	
Ingresos económicos: Provienen de su Madre Profesional de la Salud	
~~Obra social~~ Medicina prepaga ~~Beca~~	
Lugar de residencia: Palermo - CABA	
Realiza deportes: No	
Actividades recreativas: Boliches bailables	

Ficha de recolección de datos 2	
Nombre: Ana	Edad: 14 años
Estudia: Sí / ~~No~~	
Institución: Pública / Privada	
Trabaja: Sí / ~~No~~	
Sustancia de preferencia: Marihuana y éxtasis	
Año de inicio de consumo: 12 años	
Inicio de tratamiento: 13 años	
Tratamientos anteriores: ~~Sí~~ / No	
Grupo conviviente: Madre - Tres Hermanos Menores	
Ingresos económicos: Madre monotributista	
Obra social ~~Medicina prepaga~~ ~~Beca~~	
Lugar de residencia: Villa Zabaleta - CABA	
Realiza deportes: No	
Actividades recreativas: Juntada con amigos	

Ficha de recolección de datos 3	
Nombre: Malena	Edad: 17 años
Estudia: Sí / ~~No~~	
Institución: ~~Pública~~ / Privada	
Trabaja: Sí / ~~No~~	
Sustancia de preferencia: Cocaína	
Año de inicio de consumo: 14 años	
Inicio de tratamiento: 16 años	
Tratamientos anteriores: Sí / ~~No~~	
Grupo conviviente: Madre - Padre – Hermano	
Ingresos económicos: Madre Profesionales de la Educación - Padre desocupado	
Obra social ~~Medicina prepaga~~ ~~Beca~~	
Lugar de residencia: Pompeya - CABA	
Realiza deportes: No	
Actividades recreativas: Boliches bailables	

Ficha de recolección de datos 4	
Nombre: Gabriela	Edad: 17 años
Estudia: Sí / No	
Institución: Pública / Privada	
Trabaja: Sí / No	
Sustancia de preferencia: Cocaína y Pasta Base	
Año de inicio de consumo: 13 años	
Inicio de tratamiento: 16 años	
Tratamientos anteriores: Sí / No	
Grupo conviviente: Madre – Hermano Mayor	
Ingresos económicos: Madre Monotribustista	
Obra social Medicina prepaga Beca	
Lugar de residencia: Villa 31 - CABA	
Realiza deportes: No	
Actividades recreativas: Boliches bailables	

Ficha de recolección de datos 5	
Nombre: Mauro	Edad: 15 años
Estudia: ~~Sí~~ / No	
Institución: Pública / Privada	
Trabaja: Sí / ~~No~~	
Sustancia de preferencia: Inhalación de pegamento	
Año de inicio de consumo: 11 años	
Inicio de tratamiento: 14 años	
Tratamientos anteriores: Sí / ~~No~~	
Grupo conviviente: Madre - Cinco Hermanos Menores	
Ingresos económicos: Madre servicio doméstico por cuenta propia	
~~Obra social~~ ~~Medicina prepaga~~ Beca	
Lugar de residencia: Villa 31 – CABA	
Realiza deportes: Fútbol	
Actividades recreativas: Juntada con amigos	

Ficha de recolección de datos 6	
Nombre: Luis	Edad: 16 años
Estudia: Sí / ~~No~~	
Institución: Pública / ~~Privada~~	
Trabaja: Sí / ~~No~~	
Sustancia de preferencia: Marihuana	
Año de inicio de consumo: 14 años	
Inicio de tratamiento: 15 años	
Tratamientos anteriores: ~~Sí~~ / No	
Grupo conviviente: Madre - Padre - Hermana Menor	
Ingresos económicos: Padre Monotributista - Madre Ama de Casa	
Obra social ~~Medicina prepaga~~ ~~Beca~~	
Lugar de residencia: Flores – CABA	
Realiza deportes: Fútbol	
Actividades recreativas: Jugar a la Play	

Ficha de recolección de datos 7	
Nombre: Sergio	Edad: 17 años
Estudia: Sí / ~~No~~	
Institución: Pública / ~~Privada~~	
Trabaja: Sí / ~~No~~	
Sustancia de preferencia: Cocaína y Marihuana	
Año de inicio de consumo: 13 años	
Inicio de tratamiento: 17 años	
Tratamientos anteriores: Sí / ~~No~~	
Grupo conviviente: Madre - Padre - Tres Hermanos Menores	
Ingresos económicos: Padre Monotributista - Madre Ama de Casa	
~~Obra social~~ Medicina prepaga ~~Beca~~	
Lugar de residencia: Barracas - CABA	
Realiza deportes: Fútbol	
Actividades recreativas: Juntada con amigos	

Ficha de recolección de datos 8	
Nombre: Emanuel	Edad: 16 años
Estudia: ~~Sí~~ / No	
Institución: Pública / Privada	
Trabaja: Sí / ~~No~~	
Sustancia de preferencia: Pasta Base	
Año de inicio de consumo: 11 años	
Inicio de tratamiento: 15 años	
Tratamientos anteriores: Sí / ~~No~~	
Grupo conviviente: Madre - Dos hermanos Mayores	
Ingresos económicos: Madre Servicio Doméstico por cuenta propia	
~~Obra social~~ ~~Medicina prepaga~~ Beca	
Lugar de residencia: Villa Zabaleta - CABA	
Realiza deportes: Fútbol	
Actividades recreativas: Juntada con amigos	

Ficha de recolección de datos 9	
Nombre: Brian	Edad: 15 años
Estudia: Sí / ~~No~~	
Institución: ~~Pública~~ / Privada	
Trabaja: Sí / ~~No~~	
Sustancia de preferencia: Lsd	
Año de inicio de consumo: 14 años	
Inicio de tratamiento: 15 años	
Tratamientos anteriores: ~~Sí~~ / No	
Grupo conviviente: Madre - Cuatro Hermanos Menores	
Ingresos económicos: Madre Profesional de la Salud	
~~Obra social~~ Medicina prepaga ~~Beca~~	
Lugar de residencia: Devoto - CABA	
Realiza deportes: Fútbol	
Actividades recreativas: Boliches bailables	

Ficha de recolección de datos 10	
Nombre: Santiago	Edad: 16 años
Estudia: ~~Sí~~ / No	
Institución: Pública / Privada	
Trabaja: Sí / ~~No~~	
Sustancia de preferencia: Cocaína	
Año de inicio de consumo: 14 años	
Inicio de tratamiento: 16 años	
Tratamientos anteriores: ~~Sí~~ / No	
Grupo conviviente: Madre - Hermana	
Ingresos económicos: Madre Monotributista	
~~Obra social~~ ~~Medicina prepaga~~ Beca	
Lugar de residencia: Asentamiento Rodrigo Bueno – CABA	
Realiza deportes: Fútbol	
Actividades recreativas: Juntada con amigos	

Ficha de recolección de datos 11	
Nombre: Lucas	Edad: 17 años
Estudia: Sí / ~~No~~	
Institución: Pública / ~~Privada~~	
Trabaja: Sí / ~~No~~	
Sustancia de preferencia: Cocaína	
Año de inicio de consumo: 12 años	
Inicio de tratamiento: 16 años	
Tratamientos anteriores: Sí / ~~No~~	
Grupo conviviente: Madre - Padre	
Ingresos económicos: Padre Vendedor Ambulante – Madre Ama de Casa	
~~Obra social~~ ~~Medicina prepaga~~ Beca	
Lugar de residencia: Asentamiento Padre Francisco - CABA	
Realiza deportes: Fútbol	
Actividades recreativas: Boliches bailables	

Ficha de recolección de datos 12	
Nombre: Nicolás	Edad: 15 años
Estudia: Sí / ~~No~~	
Institución: Pública / ~~Privada~~	
Trabaja: Sí / ~~No~~	
Sustancia de preferencia: Éxtasis	
Año de inicio de consumo: 14 años	
Inicio de tratamiento: 15 años	
Tratamientos anteriores: ~~Sí~~ / No	
Grupo conviviente: Madre - Padre - Hermano	
Ingresos económicos: Padre Bioquímico – Madre Ama de Casa	
~~Obra social~~ Medicina prepaga ~~Beca~~	
Lugar de residencia: Congreso - CABA	
Realiza deportes: Fútbol	
Actividades recreativas: Gimnasio	