

**Aportes de la epidemiología comunitaria
en la prevención del abuso de sustancias adictivas.**

Hugo A. Míguez

**Publicado en Revista Peruana de Drogodependencias Vol2(1) Agosto
2004**

Programa de Epidemiología Psiquiátrica.
Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas

miguez@ciudad.com.ar

www.miguezhuغو.com.ar

Prevención – Adicciones – Drogas - Alcohol

Prevention – Addictions – Drugs - Alcohol

Argentina. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Abstract

The aim of this study is to analyze the prospect of new epidemiological approaches towards the use of addictive substances. It considers the development of a community epidemiology, with the participation of groups that belong to the community. The experience developed in Argentina in the design of local study centers, oriented to support the prevention of addictive substances, is used as a reference. Respect for cultural diversity, community participation, and the vindication of local problems as the core of a local strategy is set out as methodological axis.

Resumen

Se analiza las perspectivas de nuevos enfoques epidemiológicos dirigidos al tema del uso de sustancias adictivas. Se considera el desarrollo de una epidemiología comunitaria con participación de los grupos que están en la comunidad. Se toma como referencia experiencias realizadas en Argentina en el diseño de centros de estudios locales orientados a apoyar los programas de prevención del uso de sustancias adictivas. Se plantea como eje metodológico el respeto a la diversidad cultural, la participación de la comunidad y la reivindicación de las problemáticas locales como eje de una estrategia local .

Acerca de una pedagogía de la prevención comunitaria
en el tema del abuso de sustancias psicoactivas.

El problema.

La reformulación del Estado en la década del 90, entre sus diversos efectos, cuenta el agravamiento de la debilidad que arrastraba desde tiempo atrás el campo educativo. Y, si "la cultura es también constitutiva de la mente" ¹, las consecuencias de estas últimas décadas han dejado su impronta sobre la manera de ver y sentir de los jóvenes actuales.

Hoy, podría asegurarse que las aspiraciones con la que crece un niño o niña de diez años, en Buenos Aires, tienen un recorte social que lo diferencia significativamente de alguien de su misma edad hace unas décadas atrás. El deterioro del sistema público, dentro del cual la escuela modelaba sus expectativas y lo preparaba para tratar de alcanzarlas, impactó sobre su idea de futuro transformándolo en un lugar mucho más incierto. Los esfuerzos que antes prometían el ascenso social hoy no garantizan tan siquiera conservar el lugar económico que alcanzaron los padres. Este decaimiento general de la educación impactó directamente sobre el aprendizaje. Un estudio ² realizado por la UNESCO y la Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo (OCDE) entre estudiantes de 15 años de edad de 41 países indagó "en qué medida los jóvenes de 15 años que se aproximan al fin de la escolaridad obligatoria están preparados para satisfacer los desafíos de las sociedades de hoy". La investigación de la UNESCO revela que el 44 por ciento de los adolescentes argentinos de 15 años tiene serios inconvenientes para comprender textos

sencillos, ocupando la Argentina el puesto 33^a, México el 35°, Chile el 36° y , Brasil 37°

La escuela, aún a pesar de encontrarse debatiendo la salida de su propia crisis y sin que se haya dado solución a las condiciones en las que debe desenvolverse, es responsabilizada de diversas tareas sociales. Tal es el caso de la percepción tradicional sobre la educación formal concebida como el lugar central de la prevención para evitar el uso de drogas.

Esta caracterización ha sido recurrente, tanto por la visualización de la escuela como ámbito ideal para la "transmisión de valores contra las drogas" como por la percepción que la coloca como contenedora "natural" de una población en riesgo, definida "adultocéntricamente" sólo en los más jóvenes.

Al día de hoy, lo cierto es que centrar en la educación formal el grueso de los esfuerzos preventivos, se presenta como un despropósito. Vale considerar, por ejemplo que una escuela desmantelada por años de desatención, no está en situación de hacerse cargo de una demanda que le pide la contención de la exclusión social en momentos que, ella misma, tiene que resolver el desgranamiento de los niños de sus aulas. Por otra parte, aún en la población que mantiene su escolarización, se introducen nuevos y difíciles conflictos entre la cultura del reservorio escolar y la que trae el niño (cada vez más numeroso) de los sectores excluidos, haciendo que los docentes se enfrenten a un nuevo interlocutor histórico, portador de lenguajes y referencias culturales ajenos a los códigos conocidos³.

Mientras estas problemáticas se resuelven, dentro de los tiempos que tiene la organización escolar y de los recursos disponibles con los que cuenta para esto, las urgencias sociales apremian una respuesta preventiva al tema del uso de sustancias adictivas en los jóvenes. Parte de esta respuesta, en la actualidad, requiere aportar nuevos desarrollos y, este es el caso, de una pedagogía preventiva alternativa, con participación de los grupos que están en la comunidad dando una respuesta social.

Sobre una prevención desde la comunidad

Hoy en día comienza a resultar claro que la prevención en materia de uso de sustancias adictivas requiere otros desarrollos además de la incorporación de temas en el currículo educativo o la diseminación de mensajes por los medios de comunicación. Es el caso de considerar como apoyar metodológicamente vías de acción que sean posibles con los recursos habituales (no extraordinarios) y que sean, por tanto, sustentables en el tiempo. Esto es, una estrategia dirigida a las comunidades que tome en cuenta algunos principios básicos.

En primer lugar la consideración de la diversidad social. A mediados de la década del 70, J. Marconi⁴ escribía sobre la presencia de una "barrera cultural" en el campo de la salud y la enfermedad que confrontaba la lectura universitaria de los sectores medios altos, de influencia norteamericana y europea, de la interpretación de esos mismo fenómenos desde la cultura popular-aborigen del sector marginal-campesino. En la actualidad este clivaje se mantiene y hay elementos para sostener que se ha profundizado en relación directa con el

aumento de la brecha económica en los países no desarrollados. En esta medida los esfuerzos para un alcance efectivo de los contenidos preventivos tiene que ver con la suspensión de la lógica etnocéntrica⁵ en el trabajo pedagógico y de la guía de los esfuerzos preventivos mediante la comprensión de las temáticas de los diversos grupos de la comunidad y sus particularidades.

En segundo lugar, la inclusión de la propia comunidad como participante en el diseño, ejecución y evaluación de la estrategia preventiva. La participación comunitaria es la condición para que las personas con problemas y necesidades de vida compartidas localmente, identifiquen sus necesidades, tomen decisiones y establezcan mecanismos consensuados de búsqueda de soluciones. En esta línea el papel del técnico es caracterizado⁶ como dirigido a "abandonar el lugar tradicional de experto que entrega instrucciones y recomendaciones, reemplazándolo por el de un cooperante que aporta información, conocimientos y herramientas a los otros sectores y a las comunidades para realizar las tareas en forma conjunta".

En tercer lugar, la necesidad de extraer el material de la prevención desde la propia realidad local. En América latina se enfrentan con frecuencia los problemas endémicos de la pobreza en coexistencia con los trastornos de los países desarrollados. Es decir, la convivencia en el mismo hospital del adolescente con sobredosis de drogas y el niño desnutrido, las manifestaciones del Sida junto con las del cólera, el alcohol en el accidente de tránsito y, también, el alcohol en el abuso de los niños que viven entre el hacinamiento y la calle. Al

interior de los propios países se reproducen de manera desigual estas situaciones de acuerdo a los recursos con que cuentan zonas urbanas o rurales, integradas o marginales. De esta forma interpretar la salud en el contexto local es el paso necesario para el diseño de mensajes que atiendan el problema real, tal como lo viven sus habitantes en sus comunidades.

Respeto a la diversidad cultural, participación de la comunidad y reivindicación de las problemáticas locales constituyen el eje de una estrategia comunitaria que procure la prevención del uso de sustancias adictivas en su lugar.

Experiencia desde la epidemiología comunitaria.

Organización:

El diseño de una organización con un papel preventivo de esta naturaleza fue desarrollado a fines de la década de los 90 en Argentina y se diseñó como una red de Centros de Estudios Locales sobre Riesgo Psicosocial –CEL-⁷. Su punto de partida fue el acento en la identificación de instituciones de la comunidad con programas de prevención del uso de sustancias adictivas en la comunidad y se llegó, a cada uno de ellos, con una propuesta de capacitación sobre sus cuadros técnicos que les permitiera crear un equipo de investigación-prevención comunitario en estos temas. Esto determinó que la red resultante de centros tuviera asiento en una pluralidad de organizaciones comunitarias, fue el caso de universidades públicas y privadas, municipalidades, Cruz Roja, Hospitales, Club

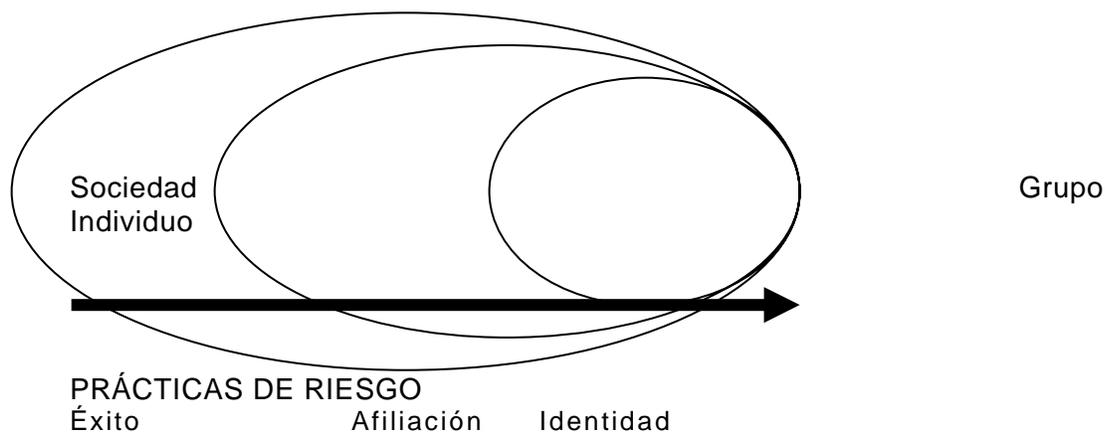
de Rotarios, Centros de Conicet, Comunidades terapéuticas, Fundaciones y programas provinciales de prevención.⁸

Estos centros, son el núcleo de una estrategia en epidemiología comunitaria, que responde a un enfoque caracterizado por la descentralización, la intersectorialidad, y la capacitación sobre la propia práctica. Sus protagonistas fueron buscados dentro de las organizaciones que constituían “la primera línea de respuesta comunitaria”: el club que convoca y organiza a los jóvenes del barrio en el deporte, el puesto de salud que hace educación y control de salud desde la unidad sanitaria, las organizaciones locales que apoyan medidas para la mejora de la calidad de vida de los vecinos, la iglesia y también la escuela cuando se extienden comunitariamente en programas dirigidos a promover el desarrollo de los jóvenes, entre otras organizaciones sociales . Cada uno desde su práctica cotidiana delimita un área que responde a su propia acción y, si bien quizá no hay otros criterios comunes más allá de lo que significa la necesidad de una respuesta social, lo cierto es que estos son los ámbitos reales donde en la práctica se cumple efectivamente la acción preventiva.

Monitoreo .

El registro del uso de sustancias adictivas se inscribe no sólo en las prácticas sino en las actitudes, valores y creencias que expresan la posición de la persona frente a ellas. Esta inscripción y sus cambios constituyen el objeto del monitoreo que como un sistema de cajas chinas, donde una contiene a la otra, la relación entre el sistema de representaciones sociales, el imaginario de los grupos y la

identidad que estructura el adolescente están fuertemente vinculadas. El joven desarrolla su identidad dentro de un sistema de creencias vigentes en un momento dado para la sociedad y que, a su vez, es interpretado por diferentes grupos que le son significativos para construir su identidad. En este proceso, la percepción del uso de sustancias asociadas con estilos de vida atractivos transcurre por imágenes-señuelo que, al igual que en el campo cinegético, tienen como función atraer e inducir al consumo mediante una vinculación falaz entre una práctica y una sustancia adictiva. (Las sustancias adictivas legales como el alcohol y el tabaco son un claro ejemplo de esta relación). Estas representaciones constituye el objeto al cual se dirigen las acciones preventivas, procurando construir barreras para los no iniciados y desalentando a los que han comenzado a usar estas sustancias.



La finalidad del monitoreo sobre creencias, actitudes y prácticas relacionadas con el uso de drogas es lograr que las organizaciones "de la primera línea

comunitaria" puedan realizar por si mismas el seguimiento de este imaginario examinando su naturaleza y alcance para diferentes grupos.

En estos casos además de los procedimientos de selección aleatorios se sumó una estrategia de muestras intencionales donde la representación *"empieza y acaba en la comunidad local"*. Esto, en la medida que los límites de estas áreas están dados por la acción que se lleva a cabo y son un territorio programático que entiende (y que le es suficiente) que cada grupo respondiente solo se representa a sí mismo.

La definición de instrumentos como encuestas es consensuado con la comunidad y es de aplicación asimismo no solo para el diseño de la acción sino para la medición del impacto de las intervenciones preventivas.

Reflexión y acción comunitaria.

El modelo de epidemiología comunitaria que parte de incorporar a la comunidad como protagonista en la producción de conocimiento necesariamente lleva a revisar las formas de "devolución" que los modelos tradicionales de diagnóstico comunitario han aplicado hasta la fecha. Estos, en general, siguen el modelo de la clínica individual que se generaliza al campo social como un procedimiento de doble transferencia, primero de los datos de la comunidad al observador externo y luego las conclusiones, "enseñadas" desde el observador hacia la comunidad. El presupuesto sobre el que apoya ese modelo tiene que ver con una definición del vínculo comunitario donde uno de los polos concentra el saber experto sobre el otro y lo transfiere en tiempo y modo a determinar al meramente receptor.

En las experiencias conocidas esto se tradujo por un conocimiento epidemiológico escasamente difundido, no solo por el interés o no que pusiera el grupo experto sino por la actitud del propio grupo "receptor" que, al sentirlo una información "externa" difícilmente iba más allá de los porcentajes más gruesos de prevalencia de consumo. El manejo de esta "estadística porcentual" por parte de los grupos fue siempre una "experiencia antieducativa"⁹ que tuvo el efecto de detener o perturbar el desarrollo de una real apropiación de los conceptos y la metodología de una epidemiología comunitaria.

El proyecto de los Centros de Estudios Locales planteo como eje la idea que no hay ni un proceso de transferencia de información básica a un grupo experto ni, tampoco, una transferencia de conclusiones hacia la comunidad. Es decir, no hay "devolución" porque la información no ha sido vertida en un lugar diferente al que la recogió. Así como el proyecto de los Centros de Estudios Locales, no se basa en una investigación externa o ajena al grupo involucrado, tampoco entiende que los resultados deban elaborarse en y desde otro ámbito que no sea el propio grupo. Partiendo de la base de la importancia de la organización comunitaria como resignificador de los hallazgos epidemiológicos.

El propósito de esta metodología es reunir en la práctica a la comunidad con sus propios datos. El instrumento para esto es el Taller donde se lleva a cabo el análisis de resultados sobre los datos recogidos y sobre los cuales se fijan las líneas de acción. Es la manera que el médico obtiene explicación no solo de la consulta del menor que inhala sino de cómo ha comenzado en la estación de trenes o en la plaza, que el psicólogo visualiza la tolerancia social en la que

prospera el síntoma que atiende, que la asociación de padres de la escuela percibe en los escolares que están y también en los que ya no están, el diálogo global de escuela y comunidad .

El desarrollo de un trabajo efectivo con los propios resultados epidemiológicos y como parte de una operativa pedagógica no ha sido una experiencia frecuente en nuestro medio. Más aún, el ejercicio de una epidemiología con mirada hacia lo psicológico y lo social tiene una extensa historia de censura y, en la actualidad, quizá como parte de esta historia, la predominancia de una mirada clínica-individual opaca la visión de la naturaleza social de los problemas de uso y abuso de sustancias psicoactivas y dificulta con frecuencia cualquier enfoque que vaya al campo comunitario. Desafortunadamente lejos aún de comprender aquello de que "los seres humanos no terminan en su propia piel porque son expresión de la cultura ¹⁰"

Consideraciones finales

Si la epidemiología comunitaria aporta herramientas a la comunidad mediante la capacitación e inclusión de las organizaciones locales , es posible que la prevención llegué más allá que la mera información sobre sustancias para pasar a ser una herramienta de concientización que muestra que los problemas de las sustancias adictivas son, antes que nada, un problema de personas que las consumen. La comprensión de sus creencias, actitudes y prácticas es posible trasladando el laboratorio al terreno y no a la inversa y desde allí capacitar a los propios involucrados y sus organizaciones hasta alcanzar acciones preventivas intencionadas y eficaces.

¹ Bruner Jerome, (1990) Actos de significado. Más allá de la revolución cognitiva. Madrid. Alianza Editorial.

² Organization for economic co-operation and development . Unesco Institute for Statistics. (2000). Literacy skills for the world of tomorrow – further results from Pisa 2000. Executive Summary. Paris. UNESCO. Publishing.

³ Davini María Cristina (2001) La formación docente en cuestión: política y pedagogía .P 56. Cuestiones de educación. 2° reimpresión Buenos Aires. Ed. Paidós

⁴ Marconi, J. (1980) Programa integral . Costa Rica. San Jose. Instituto Nacional sobre Alcoholismo.

⁵ Davini M.C. (2001) Página 61. Op. cit. .

⁶ OPS.(1999) Planificación Local Participativa. Washington. Serie Paltex.

⁷ Míguez, H. (1998) Uso de Sustancias Psicoactivas. Investigación Social y Prevención Comunitaria. Buenos Aires. Ed. Paidós.

⁸ www.geocities.com/cel50

⁹ Dewey John. (2000) Pág 22. Experiencia y educación: la educación tradicional frente a la educación progresiva. México. Losada.

¹⁰ Bruner. J. Op.cit. Más allá de la revolución cognitiva.