

DROGODEPENDENCIA

Módulo N° 4

LICENCIADO ALBERTO CALABRESE (*)

Prevención es acción, entendida como promoción comunitaria, como solidaridad social y también es tratamiento preventivo o atención primaria en salud.

El enemigo en cuestión es todos y nadie, porque el narcotráfico, el flagelo, el traficante, en realidad, son nadie, son entelequias cuando se los enuncia sin descripción. Por ejemplo, cuando se habla de mafia, no se efectúa una distinción del concepto y se aplica la palabra en forma genérica; de hecho, mafias hay muchas y operan en formas diversas y en muchas oportunidades enfrentadas entre sí. La falta de conocimiento de sus actos o las noticias indiscriminadas sobre ellos contribuyen a una mayor confusión.

Así como, a veces, se generaliza y se habla de los jóvenes como si participaran de un magma en el que están todos igualados, se habla de los narcotraficantes con el mismo criterio. Este es otro error de concepto, puesto que no estamos frente a una entelequia, sino ante hechos reales, mafias concretas y, cuanto más imprecisamente se las perciba, más inscriptas estarán en el modelo clásico del miedo

como lenguaje. La falta de conocimiento, la enunciación global, contribuyen a generalizar el miedo.

Tipos de modelos de prevención

El modelo ético-jurídico y el médico-sanitario, llamado por algunos autores modelo médico hegemónico, son aún hoy los dominantes. Considero que actualmente casi ni los propios médicos lo estiman válido; sin embargo, es curioso cómo muchos organismos públicos lo siguen empleando, porque una situación aparentemente global, queda, entonces, sectorizada. Nosotros habíamos indicado que el problema de las adicciones lo es en globalidad; es un problema social, porque tiene todas las características de éste y, obviamente, también una parte importante en todos sus aspectos médicos o biológicos, aunque éstos no lo comprendan por completo. En general, cuando se actúa preventivamente, se junta el modelo ético-jurídico con el médico-sanitario.

El primero también considera la droga, eje de su discurso, como agente activo. El protagonista de este modelo es la droga en sí. En el modelo éti-

(*). *Docente titular de la cátedra de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.
Fondo de Ayuda Toxicológica.
Pringles 951- (1183) Capital Federal.*

co-jurídico, la responsabilidad, por tanto, desde el punto de vista individual, es atribuible al adicto o al traficante, cuando éstos se pueden corporizar. Como en la mayoría de los casos, el traficante queda excluido, porque se lo desconoce, salvo al pequeño traficante. Entonces, quien paga las consecuencias es el adicto. Al seguir este modelo nuestra ley actual, encontramos el extraño ejemplo de que no solamente se castiga la consumición, sino también el tráfico. Además, se lo obliga a completar un tratamiento, con una especie de funcionalidad yuxtapuesta entre lo que, se dice, está mal y el procedimiento de la cura. Se comprueba así, cómo se une este modelo jurídico con el médico-sanitario.

La sumatoria del daño es, en general, la ejemplificación de todos los desastres a los que conduce consumir una droga o la combinación de algunas de ellas. Esto debe ser conocido por el público, de acuerdo con estos modelos mencionados.

Pero ¿dónde se centra el esfuerzo de la prevención? La prevención debe dirigirse a los jóvenes, porque éstos corren mayores peligros y en este juicio, insisten ambos modelos, especialmente el médico-sanitario, por lo que se sigue una lectura poco innovadora de los factores de riesgo, mantenida sin una verdadera discusión hasta la actualidad. Si se suman dichos factores al modelo ético-jurídico, los dos modelos aparecen agregados como la forma secuencial clásica y permanente de la prevención.

Tengamos en cuenta que los conceptos y apreciaciones sobre un tema determinado pueden representar un avance frente a enfoques perimidos. El error es creer que la innovación es para siempre.

En efecto, el responsable del esquema preventivo es el sector de salud. Se advierte que, en general, quienes defienden estas campañas presentan a alguien que levanta el discurso médico; también, que se exponen numerosas referencias que terminan focalizando el protagonismo de la droga y lo que les pasa a quienes la consumen.

El modelo psicosocial proviene, junto con el sociocultural, de la década del 60, cuando, sobre todo en los Estados Unidos, notaron que el problema de la droga se hacía masivo. En referencia a este último modelo, podemos decir que tanto las drogas como sus consumidores a través de sus comportamientos, valores y actitudes —centrados especialmente en la familia—, mencionan esta familia como si estuviera en un escenario individual. La respon-

sabilidad ante estas dificultades recae sobre la familia, grupo de desviados sociales y jóvenes, aunque le corresponda al sector de la salud, en cuanto a lo preventivo. Esto da lugar a políticas existencialistas insuficientes por ser parciales, que aplican un criterio psicológico al problema de las drogas.

En cuanto al modelo sociocultural, se basa en los factores culturales y socioeconómicos de los consumidores, a los que considera desviados sociales. Por otra parte, suele hacer especial hincapié en la dualidad entre drogas y pobreza. Le falta una visión política del macrofenómeno, al no advertir, por ejemplo, la distinción con las drogas que se consumen de acuerdo con patrones culturales diversos. Si bien este modelo ha agregado la visión social del fenómeno adictivo, suele ser tomado desde dos vertientes contrapuestas, que dan por resultado la idea de que solamente con un gran cambio de los patrones sociales, puede señalarse una modificación positiva ante el consumo; o de que, dadas las condiciones sociales que se nos imponen, es imposible diseñar una política sólida acerca de este cambiante y creciente fenómeno.

Tanto del modelo psicosocial como del sociocultural, podemos afirmar que no han seguido el desarrollo que requieren los tiempos. Por lo general, se toman algunos de sus aportes para sustentar más adecuadamente la yuxtaposición ya enunciada de los dos primeros modelos (médico-sanitario y ético-jurídico).

En cuanto al modelo geopolítico estructural, surgió como un producto elaborado por la Comisión Nacional de Drogas de Venezuela, en 1985. Tiene un importante y novedoso análisis frente a toda esta problemática, aunque debemos reconocer que muchos de sus postulados quedan desdibujados, tanto por el proceso de globalización que vive el mundo y, por ende, la pérdida de protagonismo por parte de los estados latinoamericanos, como por la creciente incorporación de éstos a la prédica y doctrina estadounidenses sobre el narcotráfico.

Lo fundamental de este modelo es considerar los factores y actores de una manera integrada e interdependiente y, por tanto, las instituciones sociales como formando parte de este creciente modo de incorporación del tráfico y el consumo a la vida cotidiana.

De la responsabilidad sobre este problema, se hacen cargo tanto el Estado como los organismos internacionales y éstos, a la vez, fortalecidos por la sociedad civil, democrática y solidarizada. Se pide del Estado una voluntad política para movilizar y

organizar a los distintos protagonistas, desde su función decisoria. Por lo tanto, para eso necesita de políticas globales de seguridad y bienestar social que politicen el fenómeno de las drogas y lo redimensionen como problema social y no hagan distinciones entre drogas lícitas e ilícitas y que tengan en cuenta, desde luego, que toda droga es una mercancía. Este último punto es sumamente importante, dada la incorporación del individuo a hábitos de consumo o de tráfico en pequeña escala. También significa desarrollar acciones preventivas que eviten la incorporación a este circuito. Es evidente que este modelo, por su capacidad de analizador global de la situación que observamos, tiene, con las limitaciones ya acotadas, una indudable vigencia.

Hay una gran cantidad de escritos, indicaciones y resoluciones de las Naciones Unidas que expresan, justamente, que, una vez que el narcotráfico se inscribe como forma de sostén en lo cotidiano, es difícil de erradicar. Esto sucede, en este momento, en Bolivia o en el Perú, pero también pasa en Manhattan, en Europa, en Detroit y en nuestro país, es decir, en lugares donde precisamente la gente no tiene otra forma de ganarse la vida. Y como no suele haber otra alternativa, opta por una nueva. Esta es una observación muy importante: la aparición de una cuestión muy atractiva desde el punto de vista económico, no significa que, automáticamente, uno la elija, si existen otras opciones. Lo que, en general, no comprenden los gobernantes de las naciones y a lo que apunta este modelo, es que existe algo más que la necesidad humana de consumir droga: por un lado, que el hombre hoy no encuentra satisfacción en los parámetros habituales; por otro, que el atractivo financiero del narcotráfico es muy importante, porque se relaciona con el movimiento creado alrededor de una mercancía que tiene mucho rédito.

En definitiva, este modelo proviene de visiones unívocas y restringidas de los precedentes, y no debemos soslayarlo, si queremos verdaderamente conocer los procedimientos adecuados para establecer una prevención.

Y agregamos otro modelo a los conocidos: el ético-social. Este fue redactado para el informe argentino ante la UNESCO, por la FAT, en 1975. Esta organización lo premió y recomendó como un modelo para ser repetido en toda América Latina. Obviamente, como sucede en estos casos, la sugerencia de la UNESCO no fue muy tomada en cuenta en la Argentina.

El modelo ético-social está basado en un aspecto al cual, en realidad, también aluden, por ejemplo, el ético-jurídico, que hay que resguardar. Este último es, fundamentalmente, un modelo de resguardo de una estructura que debe conservarse y, para eso, existen las leyes que reprimen el acto de consumo de drogas. Pero el aspecto ético al cual alude el modelo ético-social es diferente. Expresa cuál es la razón valorativa por la cual se organiza una estructura social y, sobre todo, en qué parámetros se asienta, para ser convincente ante los integrantes de dicha estructura. No es un criterio ético declamado, sino un contrato por el cual quien se compromete con él actúa asumiendo una determinada postura ante la vida o un compromiso frente al mundo, esto es, una clave del modelo ético-social.

Podemos decir que, en las actuales condiciones del mundo en que vivimos, encontramos una fuerte dificultad para integrar modelos de prevención, por los actuales desafíos y cambios, que transforman los tradicionales esquemas y definiciones sobre los estamentos y órdenes de la sociedad. Si dijimos que la trilogía que conforma el ámbito donde puede desarrollarse una adicción está integrado por cultura, familia y sociedad, y que los modelos clásicos hacen especial énfasis en el papel y responsabilidad de la familia, nos olvidamos de que aún ésta se encuentra en profunda crisis. Asimismo, que, en estos tiempos de auge de los medios masivos de comunicación, se puede declarar, con certeza, que la imposición social y los parámetros de consumo condicionan absolutamente a la familia.

Frente a esto, nos encontramos con una nueva ética, una nueva concepción de la familia: quiere decir que, si hoy no la reconocemos y seguimos hablando de una familia entelequia, cuyos miembros se ajustan a determinadas normas y a un especial criterio de creencias; ese enfoque debe ser revisado para que los hombres se adecuen a estas nuevas formas.

El modelo ético-social propone a quien le quepa, la responsabilidad de adquirir una nueva ética, una nueva proyección social. Este no es un concepto abstracto, sino aplicado a un campo social.

La sociología crítica es también la que origina el modelo ético-social, porque dice que comprende algo mucho más profundo, justamente, su inscripción en lo social. O sea, hay razones profundas que no se advierten y condicionan los hechos sociales. A la vez, necesitamos una propuesta ética para

cambiar un devenir, cada vez más negativo, de todo el conjunto social. Pero para asumir ese compromiso (el de entender las causas y proponer una conducta ligada a la ética), siempre debe haber un regulador, que será el de aquellas entidades organizadas en función del compromiso ético.

Al Estado le corresponde organizar una red que reconozca la existencia de organismos públicos y privados; de organizaciones no gubernamentales y que poseen la regulación y el control, y que lograrán mejores condiciones, si actúan por su propia cuenta. Esto se advierte, por ejemplo, en la Guía Nacional sobre Salud y Drogas de España, en la que todo está catalogado de acuerdo con si es público, privado o municipal; si una organización tiene sucursales en otros lugares del país, qué tipo de atención brinda, con qué costos; todo certificado, en ese caso, por el Estado. Cuando uno visita instituciones de distinta índole, sabe que el Estado español, que ha observado esa institución, le ha dado una validez determinada y ha sido controlado por su rendimiento a lo largo del tiempo.

Nuevamente, destaquemos la importancia del compromiso en los planos microsociales. El modelo ético-social sostiene que no hay actividad posible de prevención, sino a través del compromiso de sus participantes; con establecer una ida y vuelta que vincule los dos partícipes del acto preventivo, tanto el que emite como el que recibe. Llega un momento de transformación y el emisor opera en función de lo que recibe y lo que puede retransmitir a su vez. La mejor acción preventiva es la que se conduce a través de proyectos individuales, que luego pueden transformarse en proyectos colectivos.

El modelo ético-social no pretende eliminar los precedentes, sino, más bien, superarlos. Para hacerlo, cuenta con el instrumental ético, con la sociología crítica, con la práctica que reinvierte los términos preventor-prevenido, con el compromiso que busca adhesiones para transformar lo cotidiano; con la experiencia concreta, que deviene de encontrar, en la comunidad y en sus miembros, los elementos para transformar la realidad que se nos impone, enmarcar nuestros proyectos individuales y asociarnos cabalmente en un proyecto que nos comprenda a todos.

Prevención es promoción, o sea, una situación útil para lograr una acción concreta que auspicie la satisfacción de la salud y de las apetencias, en función del trascender.

Un verdadero adicto, no un adicto figurado, es una persona que vive para la droga. Lo contrario es una persona con proyectos; no, el proyecto inducido por otro, sino el de quien debe promoverse. Esta es la cuestión fundamental para actuar preventivamente. Por eso, si hablamos del modelo ético-social, mencionamos el deber con una función central, puesto que la acción preventiva es siempre de compromiso.

Naturalmente, en cada comunidad es probable que constatemos distintas pulsiones y necesidades que requieren tanto de la imaginación del preventor como del alto grado de participación del público, para elegir los tipos de acción que una comunidad necesita.

En ciertos casos, puede organizarse un taller que libere a los participantes de ciertas maneras del prejuicio; en otros, un taller creativo o una acción recreativa; en otros (y esto a largo plazo), un microemprendimiento que canalice funciones laborales. Esto no implica que dejemos de lado la respuesta adecuada a las preguntas concretas sobre la sustancia y su ingesta, pero lo que cambia es el marco. Es distinto empezar y terminar con las sustancias de transformarlas a partir del pretexto que nos dan. El desafío mayor es asumir el contacto, el choque con la realidad, con la gente y darse cuenta, además, de que no hay una fórmula para hacerlo. La única clave es, precisamente, que la droga no debe ser la protagonista.

Recordemos que, en definitiva, toda vez que asumimos el reto de realizar una acción preventiva, estamos destrabando un mecanismo de ocultación que se regodea en el conocimiento obsesivo de la sustancia, pero que, con la simple advertencia acerca de sus peligros, no se puede conjurar. Este no es un hecho mágico. Así como decimos que hay que desacralizar las drogas para ponerlas en su verdadera dimensión de objetos, debemos fortalecer, en cambio, el sentido por el cual obramos la prevención. Y, por ende, comprender que, una vez que develamos el primer impulso hacia un conocimiento de las sustancias, encontramos el del consumo y las múltiples causales que lo sostienen. La clave, en cada caso, se encuentra en una movilización solidaria, creativa, que recrea lazos afectivos y aglutina, transformando, esta situación que, de no ser conjurada por la constricción de la comunidad, sólo daría lugar al miedo y a la inoperancia.

Referencia

Curso teórico-práctico de entrenamiento en el tratamiento de la drogodependencia, módulo 4, organizado por el Programa de Ciencias de la Salud, Bahía Blanca, agosto de 1995.