

Salud, redes sociales y producción de sentido en prevención de adicciones. Reflexiones a partir de experiencias en el trabajo con jóvenes.

Dabas, Richard y Celma. ISBN:9789871599639 *HACIENDO-EN-REDES, Perspectivas desde prácticas saludables. Buenos Aires, CICCUS. 2011*

Gabriela María Richard

Lic. en Psicología

Directora Fundación para la Promoción de la Salud Humana

Abstract:

La adicción a sustancias psicoactivas implica la complementariedad entre oferta y demanda que acontece en redes sociales. Este acontecer se liga al debilitamiento del tejido social y al sentido utilitarista aplicado a los vínculos. Lo saludable se expande en redes que desde lo fáctico y simbólico promueven la condición humana y el desarrollo social sustentable. Estos lazos, en su diversidad se entrecruzan y/o superponen, auto regulándose. El abordaje de ésta dinámica propone reconocer, potenciar y sumar estrategias de promoción de la salud y prevención que impregnen la trama, en relación con las de tipo asistencial que operan tardíamente y sin lograr escala. Esto supone la visibilización, análisis, e intervención en redes sociales de modo tal que los agentes de salud adviertan su inserción en ellas y su participación en la construcción de sentido que de sus prácticas devienen. A partir de experiencias de trabajo con jóvenes se desarrollan una herramienta metodológica (Lentes de Beliefs) y siete ejes para orientar la acción preventiva específica e inespecífica, que invitan a reflexionar acerca del modo de ligar lo teórico a vivencias que puedan ser registradas, connotadas y previstas como saludables. Hacer prevención de adicciones **redando** oportunidades que promuevan salud.

Si supiera que el mundo se acaba mañana,
yo, hoy todavía, plantaría un árbol.

Martin Luther King

Introducción

Comencé trabajando desde Fundación ProSalud en prevención del VIH/sida. A través del tiempo, con el equipo nos fuimos dando cuenta que lo hacíamos viviendo redes sociales, y que la problemática de las adicciones enraizaba en diversas dimensiones de esas redes. Lamentablemente, en el curso de los años, el fenómeno de las adicciones se agravó cada vez más, con repercusiones negativas en todos los niveles de la trama social. Actualmente el sistema sanitario se encuentra prácticamente desbordado con respecto a este problema, y las políticas públicas no logran consolidarse para articular acciones integrales que permitan enfrentar la red no saludable implicada en él. Considero que los profesionales de la salud debemos asumir el desafío de revisar nuestras prácticas y hacer un esfuerzo creativo para ofrecer alternativas que impidan caer en posturas funcionales al sistema actual, dominado por prácticas asistenciales generalizadas. El presente trabajo constituye una pausa donde se procura poner en perspectiva la experiencia en prevención de adicciones con jóvenes, para sistematizarla de modo tal que aporte a ligar teoría y práctica. Desarrollaré para ello una secuencia que se inicia expresando mi marco conceptual, para luego describir algunos aspectos de la experiencia que da lugar a este trabajo, presentar una herramienta que solemos usar en nuestro equipo para facilitar la comprensión acerca de los modos de posicionarnos frente a esa experiencia y posteriormente enumerar una serie de relatos e interrogantes que contribuyen a la reflexión de distintos aspectos que hacen al trabajo de prevención y promoción de la salud. Al compartirlo, espero generar discusión e intercambio de ideas o modos de ver y significar experiencias que puedan activar la creatividad al hacer prevención de adicciones. Desafío y riesgo, pero también confianza en continuar **redando** la posibilidad de hacer promoción de la salud, y no solo administrar la enfermedad.

I- Códigos compartidos? Acerca del sentido asignado a las palabras redes, salud y adicciones

El lenguaje es uno de los aspectos constitutivos de una disciplina científica...rige la definición de los conceptos explicativos de los fenómenos y procesos considerados propios de ese campo, a la vez que a través de su empleo marca el sentido.(Montero 2006).

Sin lenguaje, sin comunicación, no hay red. Pero suele ocurrir que el lenguaje usado implique la atribución de sentidos que pueden o no ser

compartidos. Cuando existe divergencia pero no se explicita, es factible que tenga lugar una sucesión de supuestos, interpretaciones cruzadas u otras complicaciones que obstaculicen la comunicación necesaria para trabajar en salud.

La comunicación es el principal instrumento del que dispone un profesional de la salud, y por ello considero necesario reflexionar sobre el modo de comunicarnos. Un tipo de comunicación o lazo se establece entre quien escribe y quien lee lo escrito, para facilitar lo haré breve referencia al significado atribuido a las palabras con las que se tejerán aquí algunos interrogantes y posibles respuestas.

Redes sociales. Si las redes sociales están tejidas de vida, y la vida es movimiento, me pregunto acerca del modo de hablar de ellas que facilite el dar cuenta de su complejidad e imprevisibilidad. En muchos casos se hace referencia a lo dado en ellas: se las describe y analiza con distintos criterios. Aquí procuraré destacar algunos aspectos por los cuales las redes sociales son constructoras de significaciones que, en un ida y vuelta, luego operan sobre ellas mismas. Utilizaré para ello la descripción que realizan Freites y Montero (en Montero, 2003):

- Relación en la cual se encuentran personas unidas por un interés o valor.
- Conforman un sistema abierto (Dabas, 1993:21)
- Suponen una cierta comunidad de creencias o de valores, que constituyen su elemento aglutinador (Riechmann y Fernandez Buey, 1994)
- Pueden ser muy flexibles en su comportamiento social, son dinámicas, cambian constantemente (Dabas, 1993)
- Se basan en la información y el conocimiento compartidos (Morales de Hidalgo, 2000:10).

Pensadas las redes de este modo, aparecen las siguientes preguntas: son los conocimientos, creencias o valores los que colaboran a configurar las redes sociales? Son éstas, en cuanto prácticas, las que configuran conocimientos, creencias o valores; o son ambas cosas a la vez? Propongo a continuación algunas líneas argumentales para ensayar posibles respuestas.

Las representaciones sociales además de estar constituídas por valores, nociones y creencias, implican actitudes que a su vez se relacionan con la conducta. (Martinez Gonzalez 2006). En cuanto toda conducta tiene lugar en relación con otros, y estas relaciones conforman algún tipo de red, se infiere la conexión entre estas y las representaciones sociales. Asimismo, según Mugny y Papastamon (1986, Martinez Gonzalez 2006), se puede afirmar que la influencia entre las representaciones sociales y la conducta es de tipo bidireccional, porque toda respuesta es a la vez estímulo y viceversa.

Se relaciona con esto la Teoría de la Identidad Social, según la cual los grupos (o redes sociales) en los que estamos insertos, a los que pertenecemos, influyen en nuestra identidad social. La identidad social consiste en “el conocimiento por parte del individuo de que pertenece a ciertos grupos sociales junto con la significación emocional y valorativa de esa pertenencia.” Esta identidad grupal determina en parte cómo la gente reacciona a eventos específicos. Hay personas que muestran una fuerte identidad social para realizar actos que los diferencian de personas que forman parte de otro grupo. En consecuencia, el consumo de drogas puede operar como elemento de

diferenciación de otros y de cohesión interna del grupo”(Tajfel, en Martínez González 2006).

La pertenencia a un entramado social con determinadas características, puede favorecer la aparición de respuestas cognitivas que garantizan la permanencia de las representaciones sociales que dieron lugar a la conducta por la cual se construyeron los lazos primarios, reforzando también la identidad del propio grupo.

En concordancia con esto, también se ha estudiado cómo concepciones esencialistas que llevan a la categorización tienen ciertos efectos en las relaciones sociales (o viceversa). De esta manera el discurso sostenido por las personas podría estar relacionado con la estructura de su red personal (Aguilar y Molina, 2004) y puede operar como apoyo u obstáculo de distinto gradiente para el cambio.

Para ampliar la noción que liga la cuestión de sentido expresada en el concepto de representación social con la de los vínculos que constituyen la red social, tomamos las tres características de dicho concepto destacadas por Wagner y Elejabarrieta (1995 en Martínez González 2006):

- 1-.las representaciones sociales son elaboradas socialmente (por el entramado social).
- 2- su homogeneidad y distribución dentro de los grupos implicados es amplia.
- 3-...este conocimiento de naturaleza social (con base en las relaciones entre las personas) establece la indesligabilidad de procesos y contenidos de pensamiento.

En consecuencia, propongo observar la dinámica mediante la cual la representación social de salud y de adicciones condiciona la formación de actitudes y conductas que se expresarán en un entramado social específico, y a la vez, este sistema vincular propicia el sostenimiento o modificación de tales representaciones sociales. El registro de este proceso, facilitar su instrumentación estratégica en función del trabajo preventivo, es decir de la intervención que propicie modificaciones en las dimensiones conductuales, actitudinales y de representaciones sociales.

Salud. Son muchas las definiciones posibles de salud. Tomare el enfoque de salud pública cuyo objeto del trabajo teórico-técnico es el proceso de salud-enfermedad y todos sus emergentes –priorizando cada vez más los de salud positiva- y el campo de acción es el conjunto social -sociedades, agregados sociales, comunidades, vecindarios, etc.- (Saforcada 2001). En este modelo de abordaje la salud supone “una actitud abierta a lo nuevo, tolerante y respetuosa de lo diferente como facilitadora, en cuanto implica la aceptación de lo complejo y de lo incierto... para promover la salud en cuanto proceso dinámico de permanente asunción de conflictos hacia el desarrollo de una mejor calidad de vida” (Occhi, M.; Osojnik, T., 1998), por lo que se podría acordar que salud es “una apelación constante a la solución de los conflictos que plantea la existencia”(Ferrara 1985, en Touzé 2005).

Sin embargo, para poder reflexionar acerca del paradigma de salud desde el cual se trabaja, y el lugar que ocupan la prevención y la promoción dentro del mismo, considero necesario reflexionar también acerca de la definición de enfermedad con la que se vincula. Para ello, citaré a Páez (1991), quien sostiene que “la representación de la enfermedad es un producto socio histórico que se ha ido construyendo a partir de la experiencia vital y de las

representaciones ideológicas. Su comprensión está en relación a su inmediatez física, su expresión corporal, y su manifestación directa. Estos mismos atributos, la hacen más útil para estructurar el campo profesional, pues con ellos justifica por definición su existencia, a diferencia de aquellos que acompañarían la representación de la enfermedad sólo como hipótesis, hecho que ocurre en el objeto del trabajo preventivo: no hay expresión corporal o manifestación directa del problema, pues este aún no se ha planteado, no hay registro físico posible, por lo que requiere un nivel de abstracción elevado para su comprensión". Según el mismo autor, lo esencial de una profesión en la división social del trabajo, es su capacidad para dar soluciones a problemas específicos. Cuánto más definidos o graves sean, mejor justificada resultará esta división.

Para comprender esta posición aplicando la división tradicional entre salud y enfermedad al campo de las adicciones, aunque la asignación de valor es siempre relativa, pareciera que cuanto más problemáticos fueran los casos que se atendieran o investigaren, el trabajo profesional obtendría más valor, tanto en su ponderación social como económica. En consecuencia, la prevención y la atención primaria de la salud aparecen como tareas poco aceptadas o reconocidas, por la simple razón de que no son rentables ni dan brillo académico.(Videla 1994) - según los parámetros dominantes hasta el presente-. Podría relacionarse esto con la percepción de que cuando la población complementaria de nuestro rol profesional aún no presenta un "estado grave", éste queda cuestionado, se torna incierto, y se vive a sí mismo como "en riesgo".Por el contrario, con el modelo médico asistencial, al destacarse lo dañado, se estructura fácilmente el campo de las prestaciones de salud, que impregna también el campo de la psicología, la psicopedagogía, y otras disciplinas.

Según Páez (1991), la definición de salud está condicionada por el contexto social en cuanto:

- Opera como elemento ideológico-cultural asociado a la lucha y exigencias derivadas del deber ser, tener y consumir más y mejor, trabajando lo más posible.
- Se convierte en símbolo de éxito social.
- Se vinculan con las definiciones que realizan organizaciones internacionales, por ejemplo la de la Organización Mundial de la Salud: estado de bienestar bio psico social.(concepción ultramaximalista).

El mismo autor sostiene que, el hecho de enfocarse en atender los "déficit de salud" tiene grandes repercusiones socio económicas, ya que la salud es una de las ramas más importante del sector económico.

Esta definición de salud enraiza y estructura la trama social, y ciertos modelos de abordaje de las adicciones ligados a la clínica. Paradójicamente, la disminución del problema, es decir el aumento de procesos saludables, cuestionaría cierta parte del sistema de prestaciones, y con ello el papel de profesionales y técnicos que participan en él. También se observa esto, por ejemplo en los protocolos de investigación que habitualmente estudian las representaciones sociales relacionadas con el continuo de uso indebido de sustancias psicoactivas, no así al de las relacionadas con prácticas, creencias y recursos saludable de una población. Así desde la misma información que nutrirá el diagnóstico inicial, se sesga la realidad y la perspectiva de intervención.

La necesidad de innovación y creatividad que tiene la problemática socio sanitaria actual, implica poder interrogar los modelos dominantes y hacer foco sobre los recursos y procesos saludables que en mayor o menor grado siempre están presentes en el individuo y su trama social.

El profesional de la salud en su función de formador de opinión inserto en una trama social, debe reconocer cuál es el significado que otorga a la noción de salud. Su posicionamiento epistemológico y sus actitudes hacia la promoción, prevención o asistencia repercutirán en su particular modo de desempeñarse, funcional o no al orden socio sanitario vigente, reforzando o no ciertas representaciones sociales instaladas en la red social.

Considero que el modo de definir la salud es estructurante del campo de trabajo en prevención de adicciones, por lo que lo retomaré más adelante.

Adicciones. Usaré el concepto de adicciones desde una aproximación que incluya por igual a distintas sustancias psicoactivas -psicofármacos, marihuana, paco, drogas de síntesis, alcohol, inhalantes, tabaco, cocaína, etc.- (Miguez, 2002), para superar la confrontación entre “drogas legales e ilegales”. En el trabajo de campo se observa con frecuencia cómo una vez instalado el hábito de consumo, la tolerancia progresiva a la sustancia y la necesidad de sostener determinados niveles de satisfacción, lleva a aceptar el uso alternativo o combinado de diversas sustancias (policonsumo).

En este proceso, tolerancia, dependencia y compulsión al consumo son ejes que estructuran el fenómeno adictivo.

Las adicciones psicológicas (a internet, al juego, a las compras, al trabajo, etc.), tienen denominadores comunes con las adicciones a sustancias, sin embargo no serán motivo de análisis en este trabajo. No obstante, algunas estrategias de carácter inespecífico que se planteen a continuación, pueden ser aplicadas en abordajes preventivos de las mismas.

Complementariamente, desde un corte longitudinal, consideraré todo el proceso a través del cual se gestan los sistemas de dependencia al consumo de sustancias, como un continuo, que interroge acerca del modo en que se realiza la fragmentación en etapas con fronteras de arbitraria identificación. Estos sistemas se integran por la dinámica establecida entre sujeto, objeto (sustancias) y contexto. Según el aspecto que se priorice, será el modo en que se construya la estrategias de abordaje: de reducción de la demanda, de la oferta o del riesgo social. Esos tres enfoques se valoran como igualmente necesarios y pasibles de ser implementados desde una perspectiva integradora, donde cada agente socio sanitario sea consciente del alcance de su campo de acción y esté motivado a trabajar anticuadamente. A estas estrategias que son habitualmente planteadas a partir de la necesidad de reducir aquello que es registrado como negativo, desde el enfoque salubrista (que promueve salud), se vincularán con lo que se pretende amplificar o potenciar en cada dimensión, constituyéndose esto en el principal objeto de investigación e intervención. Por ejemplo, en lugar de reducir del daño, se buscará potenciar los recursos. Esta modificación interviene directamente en la construcción de sentido que opera a gran escala, afectando al sistema en su conjunto a favor de lo saludable en tanto regulador de lo adictivo.

Salud, redes sociales y adicciones: tejiendo nociones

Confrontados con la realidad a través de las experiencias vividas en el marco de diversos proyectos institucionales –hablo en plural pues la experiencia me remite al trabajo en equipo-, advertimos que ante la magnitud del problema creciente que presentan las adicciones, los profesionales y educadores, incluso en los espacios de formación actuales, necesitamos preguntarnos acerca de la adecuación de nuestro rol al actual contexto. Algunos de los interrogantes que emergen como figuras/nexos principales en este campo complejo donde se conjugan las nociones de salud, tejido social y adicciones, son: ¿cómo operan las redes sociales en la construcción de símbolos de salud que encuadren la cuestión de las adicciones?, ¿cómo participan los especialistas, nodos en las redes, de esta construcción? ¿es posible escindir la estrategia de prevención de adicciones de la promoción de salud? ¿es conveniente hacerlo?

Realizo el ensayo que presento a continuación bajo la premisa de que las soluciones aparecen en la medida que podamos ir dándonos cuenta de lo que es problema para nosotros y para los otros, y también de que permitamos que continúen fluyendo nuevas preguntas.

II-La experiencia:

Para ligar la noción de redes sociales con la de adicciones, y la complejidad que esto implica, elijo aquí el modo de pensar y expresarme a partir del planteo de una serie de inquietudes que surgen del hacer. El mismo se refiere al modo en que ejerzo mi rol de psicóloga, como directora de Fundación para la Promoción de la Salud Humana.

El trayecto del hacer- investigar, recorre más de 10 años de trabajo con jóvenes, orientado a promover conductas de autocuidado en relación a la sexualidad y las adicciones. La experiencia se abre desde actividades y proyectos realizados junto a niños, jóvenes y adultos sumado a consultas recibidas en el Servicio de Orientación Telefónica sobre Adicciones y vih/sida, y casos que se atienden en el espacio de prevención secundaria destinado a jóvenes de 14 a 24 años con problemas por consumo de sustancias (Proyecto Tejido Social, consumo de sustancias y grupos Pro salud). Cada uno de estos espacios se constituyen en “ventanas” alternativas para estudiar y estudiarnos en relación al tema de las adicciones.

El trabajo en terreno donde nuestro modelo preventivo pudo hacer sus principales aprendizajes, se llevó a cabo en articulación con organizaciones vecinales e instituciones educativas localizadas en la zona noroeste de la ciudad de Córdoba. Observando el camino recorrido, se distinguen distintos momentos según los grupos con los que se trabajó y se trabaja:

1- Con jóvenes, escolarizados o no, agrupados bajo la consigna de trabajar en un barrio, y con adultos referentes barriales.

- 2- Con niños y jóvenes escolarizados, pertenecientes a una o varias escuelas.
- 3- Con jóvenes escolarizados y con adultos referentes en la institución educativa.
- 4- Con jóvenes escolarizados de distintas escuelas, y con adultos referentes en las mismas.
- 5- Con adultos y jóvenes referentes de distintas instituciones educativas y otras organizaciones barriales.

La continuidad de la estrategia de trabajo se logró en el marco institucional que ofrece el Programa Jóvenes que Pintan la Vida, con proyectos que contaron con diversas y sucesivas fuentes de financiamiento desde el ámbito público y privado, obligando a desarrollar la creatividad para sobrellevar las dificultades que ello implica. En general, no se observó que desde las políticas públicas estatales se alentara el sostenimiento de programas preventivos de mediano y largo plazo.

No es objeto del presente trabajo detallar la experiencia de manera pormenorizada, sino compartir observaciones acerca de la dinámica entre ésta y algunos ejes del mapa de producción de sentido ligado a la salud y las adicciones de los grupos con los que trabajamos, con clara conciencia de nuestra participación como técnicos en la trama social donde la misma transcurrió y transcurre.

Los aspectos orientadores de este proceso hilvanado por la evaluación y planificación continua son:

- 1- Fortalecimiento de los nodos -personas y organizaciones- según la escala.: capacitación específica para jóvenes, docentes, promotores sociales, y asesoramiento técnico a instituciones.
- 2- Cooperación entre jóvenes y adultos : diseño y promoción de acciones que liguen a jóvenes y adultos (docentes, padres, jóvenes o adultos que sean referentes en la comunidad)
- 3- Promoción de redes entre personas y organizaciones: diseño y promoción de acciones que fortalezcan o propicien lazos entre organizaciones o entre personas y organizaciones (formales e informales)
- 4- Reconocimiento de la cuestión de género y derechos humanos como marco: identificación y discusión del tema adicciones según las representaciones sociales referidas al ser varón y ser mujer en la sociedad actual en general y en cada comunidad en particular. Discusión acerca de los derechos humanos en general y del derecho a la salud en particular –, según enfoque de derechos y responsabilidades compartidas relacionado con el derecho a la salud y salud pública-.
- 5- Enfoque en temas específicos: adicciones, sexualidad y convivencia, asociados estratégicamente a otros temas de interés.
- 6- El desarrollo de un conjunto de signos y nociones ligados a deseos y motivaciones específicas que signifiquen positivamente la acción en promoción de la salud.: discusión de las nociones de salud y proyecto de vida, asociación estratégica de los temas según necesidades sentidas por cada grupo objetivo, visibilización con apoyo en gráfica, murales, y diversos recursos tecnológicos que colaboren a identificar públicamente el proyecto tanto a nivel individual como colectivo.

- 7- La sustentabilidad de las acciones y su previsibilidad por parte de los integrantes: aliento al diseño de proyectos institucionales y/o barriales, con definición de funciones específicas para niños, jóvenes y adultos. Desarrollo de rutinas de trabajo y de rituales correspondientes a fechas especiales registradas en el calendario anual.

Con la intención de colaborar a la reflexión acerca de las representaciones sociales ligadas a la experiencia donde se produce nuestro conocimiento, articularé el relato con algunos refranes usados a diario por el común de la gente que es parte de las redes donde estamos insertos y trabajamos.

III-Acerca del rol del profesional de la salud en la prevención de adicciones.

En casa de herrero, cuchillo de palo
Refrán popular

Algunos relatos:

“La situación que vivimos a diario con el problema de las adicciones es cada vez más grave y nos desborda.”

“No sabemos cómo hacer prevención, no nos han formado para esto”.

“Al final, la prevención no sirve para nada.”

“Las políticas públicas no ofrecen un marco para hacer prevención.”

Existe acuerdo acerca del valor de la prevención por encima de la asistencia para abordar la problemática de las adicciones en particular y la sanitaria en general, sin embargo, el contexto para aplicar esta modalidad de trabajo no reúne aún todas las condiciones para que se haga efectivo, la formación profesional no incluye sistemáticamente el campo de prevención y promoción de la salud, y las políticas públicas aún no definen cursos de acción coordinados y sostenibles.

La tensión e incertidumbre que esta situación genera en el hacer cotidiano no siempre es elaborada y procesada creativamente. Por el contrario, se tiende a reiterar viejos modelos de trabajo, y cuando su aplicación no ofrece los resultados esperados, se suele usar como mecanismo de enfrentamiento y resolución, la localización de la responsabilidad por el devenir y por los resultados obtenidos afuera de la frontera del rol profesional, lo cual tampoco suma a la evolución de este modelo de abordaje. Creo necesario lograr poner en cuestión el mismo desempeño profesional y con ello, la evaluación que colabore al mejoramiento de nuestras prácticas. El no hacerlo, deteriora paulatinamente la posibilidad de alcanzar el objetivo preventivo, sanitario o salubrista respecto del cual se construyó la función social de dicho rol, con la consiguiente oportunidad de aportar a las políticas públicas y al bien común.

Cómo crear condiciones para jugar un juego diferente, y no terminar siendo parte del mismo problema al cual pretendemos aportar una solución?

Un caso: Vivir para contarlo...

...Transcurrieron algunas jornadas de un curso de capacitación sobre organizaciones sociales. El docente analizaba distintos casos desde su particular enfoque, luego se discutía. El intercambio se producía en un plano intelectual, aún cuando se relataban experiencias vividas, otorgándoles entidad propia y haciendo que tal intercambio con frecuencia se estancara en una suerte de juego de ataque y defensa que no reconocía la diferencia introducida por la mirada de los que argumentaban.

En un momento determinado, un participante explicó que para él, el curso estaba siendo un rico “experimento social” -donde todos estaban sometidos a observación y análisis por igual-, del cual estaba aprendiendo mucho. Entonces, todos los presentes quedaron sorprendidos por la ocurrencia, interpretándola de manera diversa, aún bromeando con la idea de que podría haber cámaras o micrófonos ocultos registrando lo que allí pasaba, que quién opinaría luego sobre eso, etc....

Qué ocurrió? Algo cambió. Sin preverlo, esa intervención modificó el plano de vinculación, pasando de lo puramente intelectual, a lo integrado, donde podíamos no solo pensar “al otro” sino, también podíamos pensarnos “nosotros” en relación con, y vivirlo de este modo.

Cuando se trabaja en equipo para implementar un proyecto, suelo preguntar: qué estamos investigando? Como respuesta, aparecen una serie de hipótesis ligadas a la población objetivo, personas o instituciones, al Estado, a la sociedad en su conjunto. Pocas veces, o recién al final, emerge como cuestión a investigar el modo en que, como técnicos, estamos abordando el trabajo, no sólo desde lo metodológico, sino también desde lo epistemológico. Este último aspecto suele ser tomado como un hecho dado, por lo tanto no se cuestiona y no tiene en cuenta su conexión con la práctica, ni los resultados que con él se obtienen. Es decir, nos olvidamos de incluirnos en estas redes de nociones, enraizadas a su vez en las redes sociales donde estuvimos o estamos viviendo.

Como alternativa, indago e invito a indagar acerca de los marcos teóricos y representaciones sociales de las que nos hemos apropiado, (¿o tal vez se han apropiado de nosotros sin que nos demos cuenta?), a través de los cuales miramos la realidad, condicionando nuestras actitudes y nuestras prácticas. Esto resulta especialmente necesario para trabajar en red, perspectiva que se caracteriza por el reconocimiento de lo distinto. La experiencia de trabajo con jóvenes nos orienta a aceptar que compartimos con personas que tienen distintas miradas sobre el mismo tema, donde emerge como necesidad el conocernos, entendernos y procurar establecer puntos de acuerdo que permitan entrelazar programas preventivos sustentables.

La metáfora de las Lentes de Beleavees.

Las cosas son según el color del cristal a través del cual se mira
Refrán popular

Con el propósito de enriquecer nuestra mirada como técnicos sobre el hacer en red, reconociendo nuestra elección de marco epistemológico, y “otros”

marcos que operan selectivamente sobre el campo de observación, decidí confiar en la sabiduría del refrán popular que escucho repetidamente desde mi infancia, y en distintos ámbitos. Muchos autores han creado hermosas e inteligentes frases para referirse a esto o a cuestiones similares. En esta ocasión consideré de mayor utilidad elegir aquella que la persona común usa y otorga credibilidad. Este refrán liga la realidad al color del cristal a través del cual se mira, dato que tomo y uso como metáfora donde tal color está dado por creencias o representaciones sociales, y por este motivo los denomino “Lentes de Beleaveas”(LB). De este modo, según la noción de representación social, se podría sostener que estos *crisales están hechos con:*

“un conjunto de opiniones, creencias, percepciones sociales, esquemas de pensamiento, etc., que configuran un sistema de conocimiento referido al mundo social. No se limitan al pensamiento verbal consciente y racional”.

“ un sistema simbólico, que integra formas de representación no-verbal, imágenes y figuras, y dimensiones afectivas inconscientes e irracionales” (Moscovici, 1982)

A través de este dispositivo, propongo registrar la subjetividad no siempre expresa –ligada a nuestra historia personal tanto como a nuestra formación académica-, desde la cual investigadores y analistas adoptamos o diseñamos instrumentos, los aplicamos, generamos conclusiones y construimos el conocimiento que orienta prácticas profesionales y políticas públicas. Según este constructo, no es posible el “ojo desnudo”, pues todos usamos uno o varios tipos de lente, simultánea y/o sucesivamente. Los conflictos suelen emerger, no por las lentes en sí mismas, sino por la falta de reconocimiento de que “se las está usando”. De este modo condicionan nuestro acto de observar, y en consecuencia, las actitudes y los cursos de acción que luego desarrollamos hacia lo observado, incluida la producción de sentido que de ella emerge.

Recordar “el uso” que se hizo de estas lentes al inicio y en cada etapa del proceso, facilita reconocer el sesgo del conocimiento producido, con su capacidad de generar sentido a nuestro hacer, y de este modo, hacerlo más permeable a lo distinto o novedoso.

La metáfora de las LB aporta la posibilidad simbólica de “sacarlas y ponerlas”, “intrercambiarlas” “modificarlas”, o “diseñarlas” que es conveniente para ejercitar la comprensión de lo diferente y contribuir a la comunicación que sustenta nuestras prácticas, constituyéndose en un aporte metodológico para el trabajo en prevención de adicciones y promoción de la salud.

IV-Focos de observación que emergen, y nuevos interrogantes para cada uno

Pensar y hacer prevención de adicciones en redes sociales con un enfoque de salud no es fácil y plantea múltiples desafíos. El hacer está inserto en un ciclo de producción de sentidos. El hacer como acontecimiento, produce una quiebra, una ruptura con lo ya sabido-conocido, y genera desde este desconocimiento,

desde la incertidumbre que produce, la apelación a lo ya conocido pero también la creación de lo novedoso (Dabas 1995).

Mientras hacemos, el escuchar lo que otros dicen, observar lo que ocurre, atender lo que nosotros y los otros sentimos, imaginar cuales LB usan aquellos con los que trabajamos y el mismo equipo técnico a la vez, contribuye sustancialmente al proceso de reflexión que debe acompañar nuestras prácticas y al diseño de nuevas estrategias de abordaje eficaces.. Desarrollaré 7 ejes para colaborar con este ejercicio, comenzando por lo inespecífico en el campo de prevención, para avanzar hacia lo específicamente relacionado con el tema adicciones.

Como invitación a recorrer el camino, he construido estos ejes conjugando relatos, interrogantes y marco teórico, al que con frecuencia me referiré como las Lentes de Beleaveas (LB) desde donde puede ser mirada la realidad. Esta invitación deja abierta la posibilidad de ampliar la nómina de relatos e interrogantes que emerjan de la experiencia de cada lector, Por ello, el presente texto señala un proceso que puede ser redireccionado o continuado de múltiples formas. Aquí comienza.

1) Promoción de la salud y *normalización de lo problemático*

Algunos relatos:

-De los jóvenes: *“Estoy deprimida, tengo muchos problemas y no los puedo enfrentar.”*

- De los adultos: *“¿Cómo se puede estar sano en una sociedad como la nuestra?”*

Algunos interrogantes:

¿Podemos hablar de prevención de adicciones sin reparar en el sentido otorgado a la noción de salud que contextualiza lo específico? ¿Cómo se expresa, cómo se vive la noción de salud en cada red? ¿Cómo puede ser internalizada, o enraizada esta noción para constituirse en hecho saludable?

El inicio de la experiencia no contaba con un registro claro de la diferencia entre el hecho de que los jóvenes tuvieran información específica sobre el tema en cuestión (sida, adicciones, sexualidad), y el que ésta estuviera siendo usada para desarrollar conductas saludables.

Observamos que con frecuencia se trabajaba con el supuesto de que el cuidado de la salud se vinculaba con la cantidad de información disponible, o con el nivel de conciencia de riesgos y beneficios. No demoró en aparecer el registro de que sin conductas efectivas de autocuidado, de cuidado solidario del otro y del ambiente en su conjunto, el trabajo de promoción de la salud no cumplía sus objetivos. Si hay conocimientos acerca de lo saludable pero estos no son transferidos a acciones concretas, no hay promoción de salud efectiva. En consecuencia, definimos junto a los jóvenes las nociones de prevención y salud desde el hacer: Prevenir es hacer. La salud se vive y se desarrolla en relación con otros.

Entonces, nos preguntamos acerca de la noción de salud que fundamentaba nuestro trabajo en prevención de adicciones, tal que pudiera ser compartida por la población juvenil, y para ello recuperamos el planteo de Dabas (2007):

Cómo pensar y hacer en salud desde una perspectiva que visualice procesos vitales y no sólo la enfermedad? Cómo construir un abordaje capaz de contener la dinámica de la vida y que permita religar aquello que la simplicidad escindió: el cuerpo y la mente, el individuo y la sociedad, lo público y lo privado, el hombre y la naturaleza?. La salud, como institución, pertenece al ámbito social en su conjunto, y su accionar deviene de prácticas de construcción colectiva, por lo cual el pensamiento de la complejidad cuestiona su clausura en un coto privado de expertos... la salud debe pensarse en referencia al itinerario que la misma vida fija, a los valores que el hombre construye, a las prácticas culturales que le dan sentido”.

También entendimos, tal como lo propone Ema Genijovich(2004) que para trabajar en salud era necesario “...el respeto, la colaboración y la confianza. Esto es posible cuando el agente de salud logra reconocer al otro ... como persona, no solo como paciente con déficits a cubrir, una persona relacionada con otras personas y con tesoros escondidos”.

Observando cómo influía en el trabajo con jóvenes el modo en que nos posicionábamos como equipo técnico, tal como lo planteara más arriba, apareció a punto de partida, la necesidad de reconocer el paradigma de salud que define las LB con las cuales mirábamos lo saludable. Así vimos la importancia de incluir una perspectiva de acuerdo a lo propuesto por Dabas, donde estuvieran presentes el conjunto de los procesos vitales con sus connotaciones disidentes del modelo de bienestar instituido por la sociedad de consumo, tales como: el dolor, el sufrimiento, la enfermedad, la tristeza, el cansancio, lo problemático, la frustración, el deterioro natural progresivo. Recuerdo aquí el comentario de una joven de 14 años que vive en un barrio urbano marginal, al trabajar este tema:”el que no tiene problemas, está muerto”.

Efectivamente, según la vieja definición de la OMS, que sostiene la posibilidad de acceder a un “estado de bienestar bio psico social”, se podría suponer que quien no viva en dicho “estado”, traspasa la frontera de la salud, y se ubica en territorio del “estado de enfermedad”. Si tomamos en cuenta cuál es la mirada a través de unas LB que acepten esta tonalidad de “salud/estado”, podemos comprender numerosos obstáculos que se presentan en el trabajo preventivo o de promoción de la salud. Según ellas, deberían evitarse una gran cantidad de procesos que cualquier individuo o colectivo pudiera atravesar en su ciclo vital (que por definición son inevitables), suponiendo que estos podrían y deberían ser resueltos, anulados o evitados, contándose para ello con un repertorio de herramientas profesionales, de productos o servicios específicos. Por el contrario, estas mismas dificultades, desde una mirada con las lentes B “salud/proceso/vida”, serían esperables y afrontables, incluso capaces de activar resortes resilientes y ciclos evolutivos – lo que no niega la necesidad de intervenciones específicas cuando cierto tipo de problemas lo requiriera-.

De este modo, para trabajar con jóvenes el tema de las adicciones u otro tema asociado, invitamos a realizar una definición participativa de la noción de salud, para recuperar las representaciones sociales vigentes en el grupo, expresar las nuestras, y entre todos, lograr acuerdos acerca de lo que entendemos como saludable. Logramos desarrollar un concepto ampliado, que integra los inevitables de la vida, y recupera la incertidumbre y el conflicto como factores de aprendizaje. Entonces, el derecho a la salud cobra un

significado diferente, ligado al ejercicio de la responsabilidad personal y grupal, activador de recursos disponibles en cada ámbito (individual, familiar, grupal, laboral, educativo, etc.). Así planteado, se produce una extensión del campo de lo saludable a la capacidad de enfrentar y resolver todo cuanto es parte de la vida.

Esto, conjugado con los interrogantes surgidos de la experiencia, nos indicaron la necesidad de incluir como estrategia de abordaje la “*naturalización lo problemático*”, que en otros términos quiere decir: es natural tener problemas y por ende, es natural tener que resolverlos. En consecuencia, saludable es desarrollar predisposición y herramientas para hacerlo.

Quienes trabajamos en prevención de adicciones, estamos habituados a escuchar y decir, “hay que problematizar lo naturalizado” (comentaré esto más adelante), pero si trabajamos por un corrimiento de aquello que funciona en la medida que confiere orden y previsibilidad, ante la angustia por el vacío que generaría dicho corrimiento, podríamos preguntarnos: ¿cuál es el elemento ordenador alternativo que proponemos para superar dicha angustia y con ello hacer que nuestra estrategia pueda ser acogida?

Con este enfoque de la salud como proceso, lejos de generar mecanismos de “anestesiamiento” o negación de lo problemático, logramos provocar una **posición activa** frente a las alternativas vitales, invitando a apelar a los recursos disponibles como mecanismos de afrontamiento y aprendizaje, y cuestionamos explícita o implícitamente, los mecanismos de huida y evasión propios de procesos adictivos. De manera complementaria, mirar con estas LB y entender que se trata de una mirada compartida, facilita que jóvenes y adultos encuentren en sus propias situaciones vitales, comprensión, inclusión y actualización de su registro de aptitudes para afrontar dificultades donde habitualmente encontraban culpa y sensación de ser los únicos que las padecían.

Cómo puede ser internalizada, para que pueda pasar de noción a hecho saludable? Cómo se vive lo saludable en las redes sociales?

Dime y lo olvido, enséñame y lo recuerdo, involúcrame y lo aprendo.
Confucio

El enraizamiento de la noción de salud en las redes de acuerdo con el enfoque propuesto, implicaría aceptar que no todas las dimensiones de las mismas son saludables. Generalmente, nos referimos a las redes sociales desde una óptica que privilegia sus aspectos positivos y de promoción social. Tomemos el ejemplo de la definición de Morillo de Hidalgo (2006) : “las redes...son sistemas de relaciones entre actores, sean instituciones o personas, que ... se abren a otras organizaciones o personas con las cuales entran en comunicación con fines de utilidad en general,potencian sus integrantes y satisfacen sus necesidades y expectativas al reconocer y poner en acción los recursos y fortalezas que ellos poseen para el logro de una *mejor calidad de vida..*”

Sin embargo, de acuerdo con los registros de la experiencia y de las personas con que trabajamos, podemos preguntarnos si son saludables aquellas redes que propician consumos masivos, acrílicos, o posicionan el

consumo como valor, o lo son aquellas en las que jóvenes y no tan jóvenes comparten, consumen, venden o intercambian sustancias? Son redes sociales, pero en ellas, qué connotación tiene la expresión *mejor calidad de vida*?

En una misma red social, podemos identificar diversas tramas nocionales, que le confieren significados distintos, según la posición y función de quienes las conforman. El diseño del plan de trabajo debe contemplar estos matices y reencuadrarse según sea el objetivo que se establezca.

Así planteado el campo de lo saludable, el desempeño del rol profesional en relación a las adicciones encuentra un margen más amplio que facilita distintas modalidades de intervención posibles, desde la Promoción de la Salud y los distintos tipos de prevención (primaria, secundaria o terciaria, específica o inespecífica), y no sólo como convencionalmente se orienta desde lo asistencial, con enfoque de reducción de daños incluido. Durante los últimos años de trabajo con jóvenes, advertimos que éste último ha tenido cierta influencia en los procesos de construcción de sentido, tal que merece ser comentada.

Este enfoque de reducción de daños, como su nombre lo indica centrado en lo dañado, no en lo saludable, podría configurar otras LB para mirar el fenómeno de las adicciones. Entiendo que el enfoque asistencial, desbordado por la demanda, se amplió y propuso lo reductivo como alternativa para atender lo que no lograba revertir. Estas LB, entendidas como solución práctica a ciertos problemas, deberían ser alternadas con las LB de salud pública, para evaluar su papel en el proceso de construcción de sentido de lo saludable a corto y largo plazo. Por ejemplo, premisas tales como: “dado que prevemos que van a estar ebrios, dispongamos de medios de transporte seguros para que puedan volver, y si alguien quiere un servicio VIP y puede pagarlo, que lo tenga”, “como van a consumir drogas de diseño, les ayudemos a distinguir las que son de buena calidad para que no las usen”, “como van a consumir cocaína, les informemos cuáles mezclas con otras sustancias son inconvenientes”, al tomar como algo dado el consumo y no cuestionarlo, pese a no ser éste algo esperable dentro del desarrollo vital saludable de una persona o grupo, facilitan su inclusión progresiva en el sentido dado a lo normal. Atribuyen un significado al consumo de sustancias que entra en conflicto con la posibilidad de promover la salud. Efectivamente, en las instituciones o contextos sociales donde se desarrollan redes nocionales asociadas a este modo de mirar la relación sujeto-objeto sustancia, las estrategias de promoción de la salud y prevención de adicciones suelen eclipsarse, pues se desdibuja la frontera entre lo saludable y lo que no lo es, expresada en planteos tales como los siguientes:

- “Si esperan que nos emborrachemos, ¿por qué no hacerlo?”
- “¿Para qué pensar en un cambio, en dejar de consumir sustancias, si puedo hacerlo siguiendo ciertas pautas y que no me haga daño?”
- “¿Quién reparte esos folletos que explican cómo drogarse?”

Este enfoque, aún cuando apela a evitar males mayores y permite registrar el derecho personalísimo a elegir consumos nocivos, según las LB de salud pública, debería introducir matices de complejidad que legitimen el derecho a la salud del entramado social en su conjunto. Con sus inicios en los 80, finalizando la primera década del siglo XXI, este enfoque está siendo

interrogado acerca de su efectividad, su adecuación al actual contexto, y acerca de la construcción de sentidos que propicia.

2) Promoción de la salud y posición frente a la vida

Me gusta marihuana, me gustas tu....qué voy a hacer? Qué voy a hacer? ...
"je ne sais pas, je suis perdu"(...yo no sé nada, yo estoy perdido)...

Manu Chao, Rock, (2001)

Algunos relatos:

De jóvenes : *"no sé que hacer, ni me importa. Vivo el hoy"; "para qué me voy a cuidar si de algo me voy a morir lo mismo?"; "mi vida no me importa, más bien quiero morirme, y por qué no hacerlo drogándome o alcoholizándome?"*.

De adultos: *"El presente es lo único cierto"; "esta sociedad va hacia su destrucción. Pobres los jóvenes !"*

En internet : *se puede ver una gillette con sangre y el cartel "kill your self" (matate), mientras se escucha una canción de un grupo de rock argentino.*

Algunos interrogantes:

¿ Veo algún tipo de lazo entre la prevención de las adicciones y el sentido que las personas (yo) otorgan (otorgo) a la vida ? ¿Si lo veo, cómo es?

Promoción de salud y futuro. Observando las dificultades que niños y jóvenes tienen para apropiarse de la idea de autocuidado, advertimos que no era posible lograrlo cuando existía desprecio por la vida y escaso valor otorgado al futuro. También nos dimos cuenta cómo muchas veces, los mismos adultos, con mayor o menor conciencia de ello, también lo sentían así, y lo transmitían.

En consecuencia, decidimos que era necesario pensar la prevención inespecífica y la prevención específica, como dos caras de la moneda, y no como dos opciones a tener en cuenta de manera alternativa, en etapas sucesivas. Elaboramos el siguiente criterio: cuando se trabajara la prevención de manera inespecífica podría o no hacerse referencia explícita al tema de las adicciones, pero si se planteara la prevención específica no debería descuidarse los aspectos actitudinales y sociales que la enmarcan. No hacerlo, tornaría estéril el trabajo.

Efectivamente, los destinatarios de las campañas de prevención, antes de conocer los efectos de las drogas y el alcohol, necesitan obtener de las mismas campañas estímulo que dé motivo a acoger la información específica y a constituirse en sujetos activos frente a la misma. De esto se trata la prevención inespecífica, pensada como estrategia previa y complementaria a la prevención específica, que enfoca la relación del sujeto con el objeto sustancia psicoactiva. Desde lo inespecífico, como modo de promover la salud, se trabaja en la identificación de razones válidas para alentar y proteger la vida que puedan ser compartidas en red. En caso contrario, aún cuando se lograra persuadir acerca de que la "droga mata", por citar un ejemplo extremo, el argumento no alcanzaría a promover el cambio. No basta con producir

temor para que se evite una conducta, es necesario disponer opciones positivas a las que acogerse. En su libro acerca de la filosofía de las adicciones, G. Sissa (1998) expresa esto con claridad: "... Con qué alternativa seducir a alguien que piensa que la heroína hace gozar más que el más fuerte de los orgasmos? La renuncia? El reemplazo del apego al placer por el apego a otros valores? Si uno cree que solamente ciertas sustancias permiten alcanzar la felicidad, ninguna perspectiva divergente ejercerá el menor encanto, ninguna motivación será competitiva. Si habláramos por el contrario de lo que se goza, mejor y por un tiempo cada vez más largo- cuando se sigue una multiplicidad de deseos, tal vez las campañas de disuasión tocarían un punto sensible."

Por otra parte, la Teoría de la Homeostasis del Riesgo (Wilde 2001, en Carr 2007), aporta una mirada donde considero que confluyen la cuestión del sentido con el beneficio esperado como condiciones primarias del cambio aplicado al campo de la salud. Según esta teoría, el nivel de riesgo aceptado es el riesgo que una persona está dispuesta a admitir para maximizar el beneficio global que espera de una actividad. Para reducir el nivel de riesgo aceptado se pueden realizar 4 clases de intervenciones.

1- Aumentar el beneficio percibido en la conducta prudente (por ej. destacando sus ventajas).

2- Reducir el coste percibido por la conducta saludable

3- Aumentar el coste percibido por la conducta de riesgo

4- Reducir el beneficio percibido por la conducta de riesgo.

De estas 4 intervenciones, la primera ha probado ser la más efectiva.

Entonces, la motivación particular requerida para promover salud, estaría estrechamente vinculada al proyecto de vida personal que opere como incentivo para cuidar la salud y la vida: una representación temporal que reconoce pasado, presente y futuro, donde se insertan metas de corto, mediano y largo plazo según un sentimiento de satisfacción, de logro de beneficios, posible de desarrollar aún frente a posibles adversidades. Según Carr (2007) el incentivo refuerza la expectativa de un beneficio futuro, y por lo tanto, aumenta el valor subjetivo del futuro: tendremos más cuidado y correremos menos riesgos hoy si creemos que el futuro nos depara muchas experiencias positivas. Así, los logros en cuanto a cambios de conductas propuestos, dependerán del grado en que éstas puedan mejorar el valor percibido en el futuro comparativamente con el que éste tendría sin realizar cambio alguno.

Es la noción de proyecto de vida, con su presencia o ausencia, quien colabora en la producción de sentido del hecho saludable y de la posibilidad de elección personal. Sin proyecto, salud y libertad se constituyen en conceptos con pocas posibilidades de ser internalizados por el sujeto. Entonces, el autocuidado y el cuidado del otro, pasan a ser resultados difíciles de obtener. En el sin sentido, qué sentido tiene que no consuma sustancias que pueden generarme dependencia y deterioro? La problemática ecológica actual suma su impronta: en un planeta amenazado por el calentamiento global y sus consecuencias poco optimistas: ¿ qué estrategias puede desarrollar el técnico para enmarcar sus intervenciones de manera eficaz?

Con estas preguntas hemos construido lentes para observar qué prácticas y qué redes contribuyen al desarrollo de un sentido positivo de la vida, donde pueda entrelazarse la noción de salud. Cuando observamos que son muy

débiles o no están presentes, desde nuestro rol procuramos diseñar estrategias que las promuevan. En ese camino, hemos redescubierto el valor de las redes de sentido que ligan con lo espiritual, lo abierto a la trascendencia que nutren las redes sociales que habitamos, y también, hemos colaborado a tejerlas con respeto a la diversidad de creencias. Asimismo, en la inclusión de noción de proyecto de vida en prevención de adicciones, hemos recuperado junto a jóvenes y adultos el concepto de soledad no como déficit sino como propio de la condición humana, abriendo la posibilidad de pensar entre todos que la vida es una oportunidad para hacer caminos, singulares, irrepetibles, por fuera de las claves enajenadoras de la sociedad de consumo que propician procesos adictivos. Este enfoque favorece una perspectiva que genera confianza, esperanza y permite avanzar con cuestiones específicas ligadas al consumo de sustancias psicoactivas.

Elegir, esa es la cuestión. Una de las líneas argumentales dominantes que registramos al trabajar en prevención de adicciones, es la de la pérdida de la libertad como resultado del uso de sustancias. Esta reducción de la capacidad de elegir es un hecho comprobable. Sin embargo, cuándo se usa la palabra libertad, cabe interrogarse acerca de ¿ qué LB usa el técnico y cuales usan aquellos con los que se comunica? Son las mismas? Cuando habla de libertad, ¿promueve actitudes o se limita a nombrarla?

Algunos relatos de los jóvenes:

“...Tengo un porro en mi mano... lo voy a prender... lo prendo o no lo prendo? Lo prendo. Lo fumo o no lo fumo... Lo voy a fumar. Vote marihuana libre...” (voces de fondo:...vamos, lo vamos a pasar bien...)” Mensaje registrado en el contestador automático del servicio de orientación telefónica sobre adicciones y sida - Línea Red Vida-, un día sábado a las 23.30 hs-

“...No podemos ser libres, solo podemos reaccionar frente a lo que nos pasa...” Maxi, 14 años.

En efecto, entiendo que la pérdida de libertad que produce la adicción y que es objeto de abordajes asistenciales, debe ser tenida en cuenta como variable a trabajar mucho antes que aparezca como problema, mediante el uso de dispositivos preventivos específicos e inespecíficos, precisamente con el fin de evitar que se instalen las actitudes que facilitan el desarrollo de las conductas adictivas.

Sin embargo, la experiencia con jóvenes nos ha permitido registrar que la palabra libertad suele estar vacía de sentido para ellos: pensada como posibilidad de realizar una elección, no registra espacios donde poder ser comprendida y ejercitada como paso necesario para avanzar en el empoderamiento personal y grupal. En general, se la asocia con hacer lo que se quiere o se tiene ganas, con la satisfacción inmediata del deseo, pero desprovista de todo análisis creativo o de desarrollo personal en una perspectiva de mediano plazo. A su vez, cuando la noción de libertad, no se asocia el sentimiento interno de aptitud y posibilidad de hacer pequeñas o grandes elecciones en cada momento de la vida, en muchos casos facilita que se instale en los jóvenes el sentimiento de impotencia frente a los hechos de la vida o a situaciones adversas. De este modo, se gesta la auto percepción de

ser objetos y no sujetos, percepción inconveniente para el desarrollo de conductas y vínculos saludables, aumentando el riesgo de aparición de las conductas de huída propias de las adicciones. Ocurre en niños y jóvenes. Y también en adultos, incluso en algunos que son formadores de opinión.

Buscando alternativas superadoras de estos dilemas, en el marco del trabajo con habilidades para la vida, resulta interesante investigar la actitud de desconcierto que produce en jóvenes el colocarlos en la situación de identificar los pasos a dar en un proceso de toma de decisiones, y de tener que encontrar ejemplos de su vida cotidiana que acompañen lo conceptual. Frecuentemente observamos que han tenido escasas o nulas oportunidades de hacer una pausa y dedicar tiempo para analizar y anticipar los resultados de diferentes cursos de acción. En general tienden a pensar que ante cada interrogante existen sólo dos opciones, sin matices, lo que restringe su perspectiva de análisis. La creatividad para develar nuevas alternativas parece encerrada en callejones sin salida.

Descubrir en las redes donde estamos las oportunidades para darnos cuenta qué significa el vivir elecciones libres, es más que alentar a los jóvenes a que aprendan a decir “No a la droga”. Es ante todo, facilitar el registro de tener esa posibilidad de elección, y luego, ofrecer aliento para encontrar aquello a lo que vale la pena decir SI, desarrollando la capacidad para aprender a tomar decisiones que cada persona o grupo tiene.

Entonces, también podemos preguntarnos para retroalimentar nuestras prácticas: ¿qué modelo estamos ofreciendo como orientadores de este proceso? ¿Entrenamos y alentamos en la perseverancia y paciencia que esto requiere? ¿Contextualizamos esta posibilidad de elección desde la noción de proyectos de vida ajustados a cada cultura?

El lugar de los adultos en la red social que construye el sentido de la palabra libertad. La experiencia de trabajo en prevención con jóvenes, nos llevó a intercambiar LB, acerca del papel que los adultos desempeñan en la misma. Cuando vimos el modo en que se tejían las redes, advertimos que la educación entre pares por sí misma excluía, sesgaba la misma realidad en la que intervenían naturalmente los adultos. En consecuencia, elegimos instrumentar esa intervención orientada a lograr el fortalecimiento de las redes que el enfoque de salud requería, con un encuadre que facilitara la participación y el diálogo intergeneracional. De este modo, atentos al flujo de las redes en cada etapa, procuramos colaborar para visibilizar y promover adultos en su posibilidad de guiar, contener y acompañar a los jóvenes en diversos procesos organizativos, tanto en la familia, el barrio como en la escuela. En este recorrido, sobresalieron como dificultades algunos aspectos –vinculados explícitamente o no con el tema de las adicciones- que comparto a continuación:

-Preocupación de los adultos por mostrar un estilo renovado y juvenil ante los jóvenes, hasta con cierto temor al rechazo en el caso de su posición pudiera ser entendida como “antigua”. Llevado al extremo, podría traducirse en expresiones tales como “Hay que saber aceptarlo, es parte de la moda actual, ya se les va a pasar”

-Localización en los jóvenes de “el saber”, descalificando su experiencia de adultos y los valores aprendidos: “los jóvenes la tienen mucho más clara que nosotros”. “tenemos que aprender de ellos”.

-Referencia inconsistente respecto a la noción de obligaciones y deber ser, con la consiguiente imposibilidad de discusión. Énfasis casi excluyente en promoción de derechos: “...no quiero aparecer como moralista”.

Estos elementos como nutrientes del vínculo adulto-joven, operaban desdibujando el lugar del primero en cuanto a su autoridad, dificultando la función de modelaje que acompaña de un modo u otro el proceso de socialización y educación. A su vez, esto repercute en el armado de una estructura ordenadora que remita a la contraparte del libre albedrío de los individuos: la responsabilidad. Según algunos relatos, los mismos adultos usamos y ponemos en uso cierto tipo de LB que permiten ver más los deberes y responsabilidades de “los otros” -el estado, los políticos, los mercados, la iglesia, los padres (en el caso de los docentes), los docentes (en el caso de los padres)-, antes que los propios. En algunos casos, incluso cedemos nuestra responsabilidad de guiar y poner límites, dado el costo que se percibe por hacerlo. Incluso registramos el caso de especialistas en el tema adicciones descalificar a promotores sociales adultos que se capacitaban para sumarse a la prevención de adicciones, diciendo que quienes deberían hacerlo son los jóvenes y no ellos, pues los primeros eran los únicos calificados para esta actividad.

Como correlato, hemos podido observar en los jóvenes, pese a su pose de rebeldía y aparente indiferencia, una fuerte demanda de un marco de referencia definido que los contenga y oriente, de la mano de modelos adultos accesibles. Aún cuando lo quieran para criticarlo o cuestionarlo, lo necesitan pues construyen su identidad confrontando, oponiendo, no sólo imitando. Cuando no se logra entender el deber ser que emerge de la definición del proyecto de vida que cada individuo puede diseñar, se configura un vacío difícil de completar.

En este contexto, cabe preguntarnos: ¿Cómo asumimos los adultos nuestro rol en lo relativo a la prevención de las adicciones? ¿Tenemos temor de expresar nuestra opinión? ¿Aceptamos nuestra responsabilidad como orientadores y guías? ¿Cuándo estamos desorientados como adultos, sabemos cómo pedir ayuda para cumplir nuestra función?. Los proyectos de prevención que diseñamos ¿colaboran a posicionar, fortalecer, poner en valor el rol adulto o se detienen solo a analizarlo, evaluarlo y cuestionarlo?, ¿Ofrecen cursos de acción innovadores para abordar las dificultades registradas en éste orden?

3) Lo procesual como marco de la prevención.

“El que persevera triunfa”

Refrán popular

Algunos relatos:

De jóvenes. “*En mi barrio vinieron a dar una charla sobre adicciones*”

De adultos: “*Invitamos a unos especialistas para que les hablen a los jóvenes sobre drogas.*”

Algunos interrogantes:

Con las LB en uso, se ve la prevención como actividad aislada o como proceso?

La noción de proceso es útil para promover en los jóvenes una predisposición favorable al autocuidado, como cuando se prepara el terreno para la siembra, y también para predisponer a planificar las actividades destinadas al trabajo preventivo. Cuando esto ocurre, la continuidad, el sostenimiento de las campañas preventivas en el mediano y largo plazo, con evaluación incluida, se ubican en un lugar central.

En la experiencia, las LB con las que personas e instituciones suelen mirar la dimensión temporal, muestran el corto plazo, lo inmediato, no la sucesión de etapas a lo largo del tiempo.

Las instituciones educativas, agrupaciones vecinales u otras organizaciones, con frecuencia reportan su compromiso con la prevención de las adicciones indicando por ejemplo, que todos los años realizan “charlas sobre el tema droga”. Sin embargo, la evaluación de este modelo de abordaje muestra que es apenas eficaz, pues no repara en los tiempos de las dinámicas de cambio propios de personas, instituciones y redes sociales.

La sociedad de consumo y su principio de satisfacción inmediata de deseos con la sola mediación del dinero, “distribuye gratuitamente” las lentes de la atemporalidad, que no registra el proceso de gestación de cada fenómeno u objeto. Muchos jóvenes y también muchos adultos las usan. Un símbolo de ella es el personaje animado Bart Simpson, y su lema: “99% inspiración, 1 % transpiración”. Con ellas, la tolerancia a la frustración se va achicando, y la angustia que produce el no obtener lo deseado, la falta de confianza en el esfuerzo que a mediano y largo plazo permite alcanzar las metas, incluso la falta de metas, la restricción de las mismas sólo a aspectos económicos y laborales, o bien, la escasa motivación para invertir el esfuerzo que supone alcanzarlas, convierte a las personas en terreno propicio para el desarrollo de adicciones. La fantasía de tener al menos por un instante todo resuelto gracias al consumo de sustancias, refuerza la conducta, y paulatinamente establece la pauta de dependencia a las mismas. Esta observación en la experiencia, nos mueve a nuevos interrogantes:

Qué prácticas, además de reflexiones, propiciamos para que las personas con las que trabajamos registren en sus vivencias la noción de proceso y, si fuera posible, las promuevan?

La planificación participativa, que genera previsibilidad y permite revisar lo hecho y el armado de rituales en torno a fechas clave del calendario anual, como ordenadores colectivos que contribuyen a la organización personal, entre otras, son acciones que han mostrado coadyuvar al objetivo de promoción de la salud y prevención de adicciones.

4) Los consumos en un mismo grupo. *Problematizar lo naturalizado?*

Algunos relatos:

De jóvenes: “consumir sustancias es normal. Todos lo hacen.”

De adultos: “hay que problematizar el consumo que se ha *vuelto natural* entre los jóvenes”.

Algunos interrogantes:

¿Cómo pensar en buscar una solución a aquello que no parece ser un problema? ¿Cómo poner en foco “lo problemático” en una sociedad que propone que esto no debería existir en la medida que se acceda a cientos de artilugios o productos de consumo que permiten resolver instantáneamente los conflictos, sufrimientos o satisfacer los deseos?

De todo eso se trata la propuesta de problematizar. En nuestra experiencia, esta fase del trayecto preventivo puede transitarse sólo cuando se ha acordado una perspectiva de salud inclusiva del displacer, el dolor y la frustración. Recién entonces es posible avanzar específicamente para reflexionar acerca de qué implica el continuo de problemas ligados al consumo de sustancias psicoactivas.

Pensando en el modo de recuperar la diversidad de elementos conjugados en la cuestión de las adicciones y procurando evitar los extremos, considero que debe realizarse una reflexión sobre las repercusiones problemáticas específicas que éstas tienen tanto en el plano físico, como en el psíquico y social. Para ello, hemos comprobado que con sólo preguntar sobre esto a niños y jóvenes, con sus propias palabras pueden relatarlo: conocen de manera casi todos los tipos de sustancias y sus efectos (los han vivido o conocen personas que lo han hecho). Sin embargo, esto parece no ser evidencia suficiente para cuestionar sus prácticas. La incidencia de los vínculos en aquellos con quienes trabajamos en prevención es muy fuerte, habida cuenta que cada vez con más frecuencia los tejen con personas que ya están consumiendo, algunas son pares, otras sus progenitores o adultos significativos; o con personas que fabrican, almacenan, distribuyen o comercializan las sustancias (sean legales o ilegales); o bien ellos mismos, aún sin consumir, forman parte de estos sistemas que hacen a la oferta de sustancias. Entonces, qué posibilidad hay de significar negativamente el consumo de sustancias, como para que éstas no se constituyan en objeto de deseo, cuando son parte de algo “importante o de valor” en la propia vida, o de la vida de los grupos a los que se pertenece?

Llama la atención que finalizando la primera década del siglo XXI, las estrategias preventivas continúen planteándose estrictamente desde la prevención primaria, bajo el supuesto de que el grupo no consume ningún tipo de sustancia, y de que solo hay que fortalecerlo” para que nunca lo haga y además, “vaya a decirle a todos sus amigos que drogarse es malo”. Es algo que puede ocurrir a agentes de salud, pero también a educadores y padres: al problema de las adicciones es tan triste que cuesta admitirlo como tal, y en toda su complejidad.

Considero que esto, por ser un supuesto, puede ser revisado. Entonces, puedo preguntar: esto se vincula con las LB que uso para mirar? Qué otras LB podría usar para ver algo distinto? Sugiero las de la diversidad de vínculos que pueden establecer los sujetos con las sustancias, para estar preparados para aportar diversidad en cada intervención. Es más probable que algunos no hayan consumido nunca y no estén predispuestos a hacerlo, otros tengan distinto nivel de predisposición, otros hayan probado, otros sean ya consumidores de una o varias sustancias, otros sean consumidores y vendedores, otros sólo vendedores, otros tengan parejas o amigos con estos problemas, etc.. Si las redes se caracterizan por lo heterogéneo, habrá que admitirlo no sólo en cuanto a la presencia de recursos saludables, sino también

en cuanto a los que no lo son. Y en consecuencia, habilitar un tipo de LB que facilite este reconocimiento de la diversidad y también pueda vislumbrar diversos niveles de prevención de manera simultánea en el mismo grupo: primaria, secundaria y terciaria.(queda pendiente la reflexión acerca de la oferta del sistema sanitario respecto de las adicciones, que oscila entre los extremos de la prevención primaria y la terciaria, sin reconocer la gradualidad del proceso, y la necesidad de poder abordarlo en fases iniciales o intermedias),

La necesidad de conocer el perfil de las personas a las que se dirige la acción preventiva supone considerar una amplia gama de matices posibles, que superen la antinomia adicto/ sano. Debería poder incluir diversos niveles de riesgo, independientemente de su vinculación con un tipo de sustancia en particular, tales como: cuáles son sus representaciones sociales ligadas al consumo en general y a las sustancias en particular, si consumen, si han consumido alguna vez, si tienen muchos o pocos deseos de consumir, etc.. Como se puede observar, estos niveles de análisis superan la dicotomía legal o ilegal, criminal o enfermo, para pensar en términos de personas, vínculos y construcciones de sentidos que promuevan lo saludable en ellos.

Este aspecto introducirá una variable de tensión en la dinámica a desplegar pero según la experiencia desarrollada, es uno de los modos “creíbles” que logrará involucrar a los jóvenes en la medida necesaria como para facilitar el proceso de problematización del tema, que al cuestionar lo tomado como normal, predispone a un cambio de actitud en relación al consumo de sustancias psicoactivas.

5) En contra de las sustancias psicoactivas... ¿a favor del cambio?

“Más vale maña que fuerza”

Refrán popular

Algunos relatos:

De jóvenes: “no es cierto que te mate o te dañe tanto. Yo conozco que muchos lo hacen y están bien. Los que nos dicen eso son mentirosos o no saben nada.”; “Yo conozco mucha gente famosa que se droga y no le pasa nada. Yo mismo consumo y estoy bien.”

De adultos: “La droga te mata, te destruye, decí no a la droga”; “La única forma de lograr que se asusten un poco y dejen de consumir sustancias, es mostrar los efectos terribles que producen”.

Algunos interrogantes:

¿Basta con armar un discurso en contra de las drogas para lograr un buen resultado?

¿Cuanto más graves sean los efectos de las sustancias mostrados, más eficaz será la intervención realizada?

La información disponible acerca de los efectos que produce el consumo de sustancias interviene en la atribución de significados que predispone o no a hacerlo. De hecho, en el proceso de toma de decisiones, una de las fases fundamentales corresponde a la evaluación de las consecuencias que

acarrearían los distintos cursos de acción posibles. Sin embargo, las LB que permiten este enfoque de la acción preventiva basa su capacidad de impacto casi exclusivamente en mostrar el daño que el consumo de sustancias genera, y para ello desarrolla una serie de argumentaciones o investigaciones centradas en lo negativo.

Trabajando con jóvenes y adultos pudimos complejizar nuestra mirada sobre este modo de abordar la prevención, a partir de dos tipos de obstáculos que el mismo suele generar: desplaza el foco del vínculo entre sujeto, objeto y contexto presente en cada proceso adictivo, hacia el del objeto sustancia, 2) genera la ilusión de que hay sustancias menos dañinas que otras, y que por ello su consumo conlleva menos riesgo.

El continuo que tiene capacidad de generar dependencia es de elevada complejidad, y obliga a enfocar también la cuestión de la demanda de consumo y del contexto que lo propicia. En consecuencia, uno de los problemas que suele generar este modo de ver la prevención es el descrédito que aparece cuando los jóvenes en su entorno más próximo no constatan aquello que se pregona en cuanto a los efectos (sea por que aún no se han producido, por que al no convivir con la persona, no se pueden registrar, o bien por que es preferible minimizarlos o negarlos). Otras veces, el problema es que eleva el umbral de sensibilidad, haciendo necesarias “dosis de gravedad” cada vez mayores (expresada en dispositivos comunicacionales, en diseños de investigación y en la construcción de los informes correspondientes) para generar la preocupación que se espera predisponga al cambio. Podemos tomar como ejemplo aquellos que para fundamentar la necesidad de hacer prevención se refieren a que “es grave por que el paco llegó al barrio”, como si los problemas causados por el alcohol o los psicofármacos fueran algo sin importancia.

Hemos observado que la argumentación en contra de las sustancias psicoactivas por sí misma, despojada de una contextualización que signifique positivamente posibles objetos de deseo saludables alternativos, no garantiza una estrategia eficaz de prevención, ni justifica un desarrollo preventivo en esta área.

Cuando se usan las LB “del efecto” para mirar el trabajo preventivo, pareciera que una vez aceptado el supuesto que sataniza el uso de sustancias, todo lo que se haga a continuación bajo el nombre de prevención, quedará legitimado. El solo hecho de “luchar contra las adicciones”, garantizaría la eficacia de cualquier tipo de práctica, metodología o marco conceptual. Sin embargo, las evaluaciones realizadas indican que pese a las buenas intenciones, la apelación al temor a consumir sustancias como disuasivo es de alto impacto inicial, pero luego no logra anclar en la complejidad del sistema adictivo, por lo que resulta poco eficaz. De acuerdo con la teoría de la homeostasis del riesgo, este tipo de intervención orientada a sólo a exacerbar los riesgos para persuadir acerca de la conveniencia de no usar sustancias es insuficiente, pues no provee el estímulo necesario para movilizar hacia los cambios esperados.

Cuando trabajamos con la comunidad, resolvemos la necesidad de desarrollar la cuestión específica relacionada con las sustancias y sus efectos, mediante el pedido a que quienes participan en el proceso, de que nos cuenten con sus propias palabras qué es lo que se consume y qué efectos provoca en sus conocidos (en las dimensiones física, psicológica y social), y comprobamos

que la información disponible es abundante. Sólo aparece como necesario ordenarla, sin atribuirle valoraciones extremas, y poner en evidencia el significado que, en cualquier caso ya está presente en cada uno de los jóvenes. Internamente, ellos reconocen los efectos **perjudiciales**, pero según sea la presión que ejerza el grupo, no siempre se atreven a expresarlo públicamente, y menos a asociarlo al sentimiento de angustia que éste les genera. Dado que a pesar de la expansión del fenómeno **éste** permanece aún en el ámbito de lo clandestino, el ponerlo en palabras en un ámbito público de respeto y desprovisto de connotaciones negativas exageradas, el facilitar el intercambio de opiniones y luego posibles acuerdos acerca de lo que produce el vínculo con el alcohol, las pastillas, la fana, la marihuana, la cocaína, el éxtasis, etc, contribuye también al desarrollo de los procesos de construcción simbólica que promueven actitudes saludables. Estos se hacen con la mirada de una LB que registre lo vincular entre el sujeto y su medio por encima de los efectos que cada una de las sustancias pueda tener en el corto, mediano y largo plazo.

La atribución de valor al consumo de sustancias, generalmente se hace de manera comparativa entre unas y otras, lo cual no siempre es favorable, pues desplaza una vez más del sujeto al objeto el foco del proceso preventivo (al igual que lo hacen las LB de reducción del daño). El enfoque que promovemos facilita la superación de esta tendencia, al destacar que en todos los casos, los consumos de cualquiera de ellas, y el placer que de un modo u otro producen, se relacionan con redes interesadas en perpetuarlos y que para ello procuran influir en los sistemas de creencias locales por distintas vías. No obstante, considerando estos procesos, el actual contexto hace necesario dedicar una reflexión especial a los efectos atribuidos al consumo de la marihuana y el tabaco, y para realizar intervenciones específicas. Investigamos comparativamente la valoración asignada al efecto que producen ambas sustancias, y corroboramos que, pese a que ambos consumos no son saludables, está en aumento la predisposición a considerar problemático el de tabaco e inocuo el de marihuana. Esto no es coincidente con la información científica disponible, e incluso con las constataciones empíricas que los mismos jóvenes realizan, sin embargo, sus recursos argumentales les llevan a sostener que esta asimetría. Incluso, en su confusión, establecen estándares de riesgo diverso según se trate de porro, chala o marihuana, que en realidad son nombres diferentes dados a una misma sustancia. Contribuyan a esto un sin fin de variables, entre las que es preciso reconocer, por lo novedoso, la influencia cada vez mayor de sitios de internet dedicados a promover la marihuana, todos muy accesibles y en mayor número que aquellos que ofrecen una visión alternativa. Es necesario trabajar estas falsas creencias, como factores que predisponen a este tipo de consumo

El criterio elegido para abordar esta dificultad, apunta evitar evaluaciones comparativas, y fundamentalmente correr de la escena a las sustancias para pensar y discutir acerca de lo que mueve a las personas a consumir objetos y servicios en general, y sustancias psicoactivas en particular. Apoyados en metodologías de trabajo participativas que permitan la presentación de testimonios, propiciamos también el enlace entre lo observado en experiencias personales con las representaciones simbólicas de las sustancias. Esto genera un acomodamiento, que re significa lo problemático del consumo de cada sustancia en particular, pasando por una instancia de

tensión y conflicto, que luego resulta en una autopercepción de empoderamiento individual y colectivo, propiciando a su vez la activación y fortalecimiento de procesos de toma de decisiones y competencias sociales en general.

6) Atascados entre la causa y el efecto.

Algunos relatos:

De jóvenes: "tengo muchos problemas, por eso consumo"; "Necesito consumir para estar bien"

De adultos: "los jóvenes consumen por que están expuestos a muchos factores de riesgo".

Algunos interrogantes:

Las adicciones son un fenómeno lineal donde modificando una causa suspendemos el efecto no deseado? Explicar el problema de las adicciones, hacer un diagnóstico profundo, son estrategias suficientes para cambiarlo? Los conceptos " Factores protectores y de riesgo vinculados a las adicciones", y " Resiliencia", que lugar ocupan respectivamente en esta red de nociones que definen la LB con que miramos la realidad?

En lo que hace al análisis del fenómeno, hemos observado con frecuencia que las actividades de prevención de adicciones suelen dedicar un tramo significativo de la programación, a enumerar una larga lista de posibles causas, a veces presentadas como factores de riesgo. Esta estrategia, que se plantea con voluntad de promover cambios, también opera como constructora de sentido del fenómeno.

El momento donde se analiza explicativamente el problema de las adicciones, que para el equipo técnico es necesario y de utilidad en cuanto al desarrollo de herramientas que faciliten la comprensión del problema a abordar, debería hacer conciente. Los modos en que este puede influir según sea el contexto, e instrumentarlo conforme metas que contribuyan a prevenir y promover la salud. En cada experiencia a realizar, podemos interrogarnos acerca de las diferentes repercusiones posibles de acuerdo con la posición que ocupen aquellos con quienes estamos llevando a cabo dicho análisis. Imaginamos con qué LB van a mirar ellos el planteo explicativo?:Cuál será la LB usada por un profesional de la salud? Y la usada por adolescentes, padres o educadores? Será la misma o no?

Pensemos algunos ejemplos de causas que suelen ser propuestas en el marco de este tipo de análisis (para no describir las interminables listas de factores de riesgo citados en diversas fuentes bibliográficas): la crisis de autoridad de los padres, los conflictos que se producen entre ellos y luego repercuten en todos los miembros de la familia, el padre que es alcohólico, la crisis laboral por la que atraviesa, la madre que abusa de medicamentos para dormir o mantener la calma, el divorcio de los padres, la pérdida de valores del mundo adulto, la exclusión social, entre otros tantos posibles.

Este tipo de explicaciones no alcanzan para expresar la dinámica y complejidad de la realidad, y menos aún para abrir al cambio que implica la acción preventiva eficaz. Más bien operarían como facilitadoras de

argumentaciones capaces de justificar la adicción a sustancias (tanto su predisposición, su inicio como su mantenimiento o posibles recaídas en el tratamiento).

En consecuencia, cuando se arma el plan de trabajo y se cree necesario analizar los “por qué” de un fenómeno, considero que debería hacerse teniendo en cuenta tres aspectos: 1) en qué contexto se realiza este análisis, 2) a qué público está dirigido, y 3) qué finalidad se propone alcanzar con este análisis. Atentos a esta trama conceptual, podremos aplicar una estrategia que sea útil a la promoción de actitudes saludables y no a cristalizar los obstáculos identificados. De hecho, el enumerar ante un grupo de jóvenes una serie de variables que puedan dar razón de las adicciones, tiene la capacidad de operar funcionalmente al de la conducta, más que a su transformación. Esto se complica aún más cuando les plantea un escenario donde se conjugan diversos factores que condicionarían el desarrollo de procesos adictivos, aunque que en realidad no sean suficientes para determinar su aparición, y que además , pese a que pudiera ser parte de un universo conocido para los jóvenes, ellos no tienen capacidad de transformar, pues pertenecen al mundo adulto. Incluso es probable que los mismos jóvenes estuvieran expuestos a alguno de los factores de riesgo mencionados, aún sin haberlo advertido concientemente, y tras la explicación ofrecida por el “experto”, podrían terminar adoptando o confirmando la creencia de que no sería desacertado consumir alguna sustancia, o empezar a hacerlo. Por otro lado, con esta modalidad de intervención, la posibilidad de activar resortes resilientes en los jóvenes se reducen, potenciando los factores de riesgo como tales.

En rigor, cuando se conocen los aspectos personales de los jóvenes con los que se realizan las actividades preventivas, se observa en mayor o menor medida, que todos sufren el impacto de alguno de los problemas con origen en el mundo adulto, que es su referente directo, y de quien dependen en esta etapa de la vida. Sin embargo, no por ello necesariamente habrán de tener como patrón de respuesta obligado, el consumo de sustancias. Planteado de este modo, y con énfasis en los factores protectores , el trabajo de prevención resulta más consistente.

También suele aparecer en folletos y cartillas ideadas para hacer prevención, el aludido listado de “las causas de la adicción”. Cuando se lee con atención este material dirigido a los jóvenes como población blanco de la campaña, se termina con la impresión de que realizado pensando en los adultos. Es necesario evaluar estos códigos de comunicación para optimizar las intervenciones de carácter preventivo.

Teniendo en cuenta este obstáculo posible, cuando armamos la estrategia de trabajo contextualizamos los factores de riesgo pensándolos conjuntamente con la población donde hacemos prevención de adicciones, priorizando aquellos donde se puede intervenir para generar cambios, según la lógica de la “construcción del buen problema”. Con los jóvenes apuntamos a lo relacionado con la influencia del grupo de pares y el logro de identidad. Con los adultos, ponemos énfasis en la importancia de reconocer de fortalezas y debilidades (desplazando el concepto de culpabilidad por el de responsabilidad y posibilidad de aprendizaje), y en identificar las redes sociales en las que se está inmerso, para instrumentarse de manera que se facilite el desarrollo personal y el ejercicio de su rol.

La mirada a través de LB explicativas, detiene el proceso de prevención que debería fluir con la vida misma, atándolo al pasado o a factores externos presentes pero fuera del alcance de aquellos con quienes estamos trabajando, y remite la experiencia a una cadena de símbolos ligados al déficit. Esta puesta en foco, se auto regula acotando el espacio de construcción de sentido de lo saludable, que sin duda también transcurre en las mismas redes y personas que las integran. Finalmente, creo que en el diseño de una estrategia en prevención de adicciones el tiempo dedicado a lo explicativo en relación a lo propositivo, constituye una variable predictora del éxito que ésta puede alcanzar.

7) Etapas y continuo del fenómeno adictivo.

"... Normalmente uno no se propone convertirse en drogadicto....la droga se impone por defecto. La mayor parte de los adictos con los que he hablado no empezaron a utilizar drogas por ninguna razón que sean capaces de recordar... Nadie decide serlo. Una mañana uno se despierta enfermo, y ya es adicto..."

William Burroughs, adicto confeso y referente de la generación hippie europea de los años 60, (en Freixa i Santfeliu, Francesc ,1984),

Algunos relatos:

De adultos: "En el proceso adictivo, se pueden distinguir 3 etapas: uso, consumo y abuso. ", "el problema son las drogas de abuso..."

De jóvenes: "Puedo controlarlo. Cuando me lo proponga, lo dejo".

"Yo me doy cuenta hasta donde puedo."

Algunos interrogantes:

Las LB que usamos para ver el proceso adictivo, sobre qué aspecto nos facilitan hacer foco? ¿ en etapas definidas? ¿ en un continuo con perfil de gradualidad?

La mirada sobre el proceso de adicción a sustancias tóxicas, dada su elevada complejidad, suele ser fragmentada mediante el uso de constructos simbólicos a modo de etapas, las que si bien facilitan el ordenamiento y la comunicación institucional, al simplificar y etiquetar el fenómeno, acaban dificultando su comprensión y con ello, la acción preventiva. De hecho, "la delimitación de los conceptos de uso , hábito, abuso y dependencia ha sido una tarea ardua que todavía no se ha dado por concluida" (Lorenzo y cols.2003). Pese a la necesidad de nombrar la realidad para ordenarla y explicarla, la experiencia pone en evidencia que las etapas del proceso adictivo mencionadas no se identifican como tales, sino más bien, se registran como un continuo, con principio y fin difuso entre cada una de las mismas.

En consecuencia, las LB que construimos para enfocar el armado de nuestras estrategias de trabajo, permiten una mirada tal que como lo propone Hugo Miguez (2002) "facilite la acción sistemática sobre el conjunto al tratar el objeto de la prevención como un *continuo* de problemas diferenciados que se extienden desde el mismo sistema de representaciones sociales, favorables al uso de sustancias psicoactivas vigente en la comunidad en un momento dado,

(pasando por el desarrollo de actitudes y comportamientos) hasta la presentación del síndrome de dependencia...”.

El hablar de uso, consumo o hábito y abuso, o bien predisposición, conocimiento, experimentación, consolidación, abandono o mantenimiento y fase de recaída (Becoña, 2000), u otra clasificación posible, si bien puede ser de utilidad para el técnico, para el público general puede recrear la ficción de control sobre el objeto, al poner a resguardo la protectora noción de riesgo, posible en la medida que exista duda. Esto, traducido al lenguaje de la población objetivo de la acción preventiva significaría lo siguiente: “si se trata de etapas con características propias, distintas unas de otras, podré darme cuenta cuándo esté en una situación de riesgo y podré controlarme para detener mi consumo”.

Para diseñar estrategias de abordaje eficaces, la experiencia nos indicó la necesidad de identificar la influencia de las redes nocionales vigentes, las que pueden estar impregnadas por la opinión algunos especialistas que se inclinan a aprobar el consumo de sustancias tóxicas como resultado de una elección libre y “controlable” por el sujeto. Es interesante destacar que estos mismos técnicos, frente al interrogante acerca del modo de precisar cómo la sugerida etapa de uso de sustancias -donde según sus argumentaciones no se registraría inconveniente alguno para esta práctica- puede transformarse en una conducta adictiva, describen el punto de transición de un etapa a la otra, con un “de repente” o un “empieza a ser problemático o disfuncional”, en ambos casos a partir de una cualidad subjetiva que no logran describir técnicamente. En consecuencia, se establece una situación conflictiva pues un refuerzan la representación de la división del proceso en etapas con sus correspondientes nombres y supuestas fronteras entre una y otra, pero no facilitan un criterio operativo que permita distinguir el momento de pasaje, pues de hecho, no existe en términos cuantificables

Por el contrario, si se utiliza la noción de continuo y sus correspondientes LB se observa la imposibilidad de diferenciar un momento de otro, obligando a referirse de manera empírica a cada una de las etapas según situaciones cotidianas identificadas por los grupos con los que se trabaja participativamente la prevención, y fortaleciendo el principio de realidad necesario para promover salud. De este modo, el registro de gradualidad y la posible diferenciación de momentos a lo largo del proceso no será un artilugio técnico vacío de contenido emocionalmente significativo, sino que será una producción singular de aquellos con quienes trabajamos, en diálogo fecundo con los indicadores del propio contexto donde transcurre su experiencia. Asimismo, quienes participen en este proceso de construcción logrará un sistema nocional viable para activar mecanismos protectores.

V- Prevención y salud: promoción, gestión y acceso a redes socio institucionales donde vivirlas.

“Del dicho al hecho, hay un gran trecho”

Refrán popular

Hasta aquí procuré ofrecer una perspectiva de nuestra experiencia ordenada en siete ejes que consideré relevantes, y de hecho conforman las

Lentes de Beleaves con las que miramos las prácticas que realizamos desde Fundación ProSalud. Si bien en cada uno de ellos hice referencia a cuestiones concretas de esa experiencia, a continuación relataré algunos aspectos de la misma que no fueron mencionados aún. Se trata de aspectos prácticos que colaboran a la construcción de escenarios que propicien el tendido de lazos saludables, de redes donde vivir aquello que vemos escrito o escribimos, que escuchamos o nombramos. De todos modos, para no alentar falsas expectativas, a pesar del refrán elegido para este apartado, lamento decir que no encontrarán a continuación recetas acabadas acerca de cómo hacerlo. Creo que no existen. Sí les ofrezco el aliento para buscar y crear en red todo aquello que contribuya a promover desde nuestras prácticas profesionales cuanto sea saludable y a mejorar la calidad de vida del conjunto social.

Pasar de la teoría a la práctica, como se suele decir, es lo más difícil. De hecho el plano teórico se vive como más seguro, pues los conceptos se pueden relacionar una y otra vez sin que surjan imprevistos. Por el contrario, la acción, especialmente si construye con enfoque de redes sociales, genera un nivel de angustia que puede llevar incluso a la de parálisis. Son numerosas las variables intervinientes, no es posible controlarlas a todas, entonces el plan de trabajo arroja resultados a veces positivos, otras regulares y otras negativos. Sin embargo, es necesario prever que se produzca este nivel de tensión, y prepararse para enfrentarlo con la confianza de que cuando se está en camino, aparecen obstáculos, pero también en mayor o menor grado, cambios que generan gratificación en los involucrados. Esta gratificación opera como motor del proceso, y por ello es necesario hacer pausas a cada paso, para registrar además del cansancio o el enojo, la alegría por los pequeños logros que se alcanzan. Incluso cuando dar un paso implique descubrir la necesidad de volver para atrás y tener que corregir algún desacierto.

En este pasar a la práctica, también es necesario reflexionar sobre el recurso humano que opera como agente del trabajo preventivo. Quienes trabajamos en salud general o salud mental en particular, no estamos exentos de desarrollar una brecha entre teorías y discursos de salud, y prácticas no siempre saludables. A veces, la misma puede ser fácilmente registrada por terceros no así por nosotros, incluso puede ser sutilmente enmascarada, cristalizando así la posibilidad de desarrollo personal o abriendo el campo a la iatrogenia. Es preciso que reflexionemos acerca de cuál es el valor de lo conceptual cuando no logra ligarse a la práctica, cuando los mismos especialistas no advertimos con qué tipo de constructos teóricos y/o LB estamos mirando nuestra vida cotidiana. Solemos realizar análisis abstractos y complejos, con riesgo de alejarnos del sentido común, de la gente común, y de la propia identidad como personas singulares, pero “comunes” también.

Esta escisión que puede ocurrirnos a quienes trabajamos en el área salud, también suele suceder, y de hecho sucede, en los grupos con los que procuramos hacer prevención. Tal dificultad tiene la capacidad de invalidar un programa de trabajo, motivo por el cual esto debe ser enfrentado con estrategias específicas, que combinen el fortalecimiento de los lazos tanto como el de los mismos nodos, en su función de promotores de esos lazos saludables. Es decir, para evitar o superar esta dificultad, buscamos usar unas LB que faciliten ver tanto las redes como las personas o instituciones entre las que se tejen estas redes, y en función de ello, dedicamos regularmente acciones específicas para la capacitación de jóvenes, adultos (docentes o

referentes comunitarios), y su acompañamiento orientado a potenciar esos lazos y gestionar otros posibles. Cabe destacar que el vivir este tipo de actividades que nos encuentra ubicados en el rol de nodos capacitadores, nos permiten aprender y construir conocimientos nuevos.

El modelo de capacitación utilizado implica reconocer recursos y obstáculos individuales, grupales e institucionales, en todas las dimensiones posibles, con el acento puesto en lo vincular y vivencial que es lo que permite sensibilizar la trama y predisponerla favorablemente a la adopción de conductas saludables. Creo que el encuentro y comunicación entre personas, que supere la dimensión de lo virtual donde cada vez más se desarrollan las redes sociales, es preludio necesario del contacto entre organizaciones de mayor complejidad. La salud, en cuanto proceso, necesita tejerse en la diversidad de recursos que le permitan expandirse según el momento en que se desarrolla la trama y las posibilidades que ésta ofrece.

Al hacer prevención de adicciones, comenzamos registrando la presencia o ausencia de redes de promoción de salud o de prevención específica de adicciones, y según sea el caso diseñamos estrategias que colaboren a fortalecer o desarrollar vínculos. Habitualmente encontramos un déficit en la integración de referentes comunitarios a las redes de organizaciones formales, sean estos de iglesias, clubes, centros vecinales o simplemente ciudadanos con ganas de participar que no saben dónde hacerlo. Para subsanarlo, invitamos a revisar participativamente la necesidad de que las redes se amplíen en este sentido, animando a unos a acercarse y a otros a aceptar nuevas inclusiones. Algunas intervenciones parecen elementales u obvias, sin embargo, para quienes están inmersos en ciertas dinámicas vinculares, esto no logra ser visualizado, por lo que la intervención externa resulta útil.

La propuesta de llevar a cabo estas estrategias integradoras, con el formato de Programa o Proyecto de prevención de adicciones, suele generar diversas reacciones, no siempre favorables, a pesar de que en la práctica ésta consiste básicamente en identificar el repertorio de acciones que ya están realizando personas, grupos o instituciones, catalizarlas, articularlas, significarlas mostrarlas como útiles para alcanzar los objetivos específicos. Es decir, cuando se inicia un plan de trabajo, no es necesario hacer nuevas cosas, sino darles un nuevo sentido. Mediante actividades participativas, se descubre todo lo que ya se hace probablemente de manera asistemático y aislada, sin integrarlo en la estructura de un proyecto global y continuo, que por citar algunas podrían ser : actividades de convivencia, de recreación y deportes, de ecología, salud sexual y reproductiva, encuentros con las familias, articulaciones con el centro de salud, organización de centros de estudiantes y/o tutorías, colaboración con organizaciones comunitarias, campamentos, participación en concursos literarios, etc. Todo ello, cuando se mira a través de las LB de promoción de la salud que puedan compartirse con los compañeros de ruta, adquiere un significado especial, facilitando su articulación y mutuo potenciamiento. Asimismo, esta acción integradora colabora en el sentimiento de que “no es tan poco” lo que estamos haciendo, que no “somos tan inútiles”, “podemos hacerlo”, y de que una de las “llaves” necesarias, es simplemente la organización. Cuando esto se logra, se dan las condiciones para avanzar en la introducción de nuevas actividades o niveles de organización. Tan simple y complejo a la vez, pero imprescindible para la sustentabilidad del plan de trabajo: un buen diseño deberá incluir niveles de organización creciente, no

por ello rígidos, donde entre los nodos de la red puedan diferenciarse funciones y responsabilidades, e incluso intercambiarlas. En ella deberá haber espacio para niños, jóvenes y adultos, con diversos roles y niveles de motivación, pero unidos por un sentimiento de pertenencia que aportará nuevos sentidos a la identidad individual y colectiva, colaborando también a consolidar los logros que se vayan alcanzando.

La experiencia realizada, muestra evidencia del valor que tiene la inclusión de una instancia que haga visibles al público general las prácticas saludables **que acontecen en la red**, mediante el uso de distintos tipos de soporte (papel, virtual, muros, etc.). Esta práctica legítima (“está publicado”) la producción simbólica de lo saludable y opera como reforzadora al generar pertenencia y referencia. En ella, la elección del nombre del proyecto y de una frase y un logo que le confieran identidad, constituyen un paso fundamental.

Otro de los componentes importantes de los programas de promoción de salud y prevención de adicciones según las experiencias llevadas a cabo, se refiere al diseño de actividades complementarias que amplifiquen el espíritu saludable a través del registro vivencial de redes más extensas. Considero que el trabajo a escala tiene como contrapartida la gestión de poder que confiere autoridad a quienes invitan a desarrollar estilos de vida saludables. Para ello, las organizaciones deben estar impregnadas del objetivo de promoción de la salud, y articular entre ellas, es decir, que las personas que las integran, cuenten con instancias para conocerse, reconocerse, compartir e integrarse en meta redes (Rovere, 2000). Esto colaborará a definir el escenario propicio para abordar el problema de las adicciones en particular. Estas redes, pueden requerir un nivel de gestión asumido por algún o algunos nodos, pues la cantidad de personas o instituciones involucradas, suele complicar los movimientos coordinados. Las actividades que se generen en este nivel podrán tener un carácter motivador (si ligan lo placentero a la salud), de ritual (cuando generan confianza y previsibilidad) y en lo vincular, de consolidación o de expansión de la red (en cuanto propicien el encuentro con nuevas personas). Estas actividades se podrán realizar con jóvenes y adultos por separado (en el caso de los docentes y padres) o conjuntamente, según el momento y el contexto de cada proceso particular, considerando en cualquier caso la comunicación intergeneracional como eje fundamental.

Para dimensionar cómo opera este tipo de actividades en la construcción de sentido de los mismos adultos que son referentes para las instituciones en general, -en quienes a veces se da por supuesto que ya está instalada la convicción favorable hacia las estrategias preventivas- y los jóvenes en particular, consideremos los siguientes comentarios:

-“para mi participar de estas reuniones es bueno por que me hacen sentir que la prevención es algo importante”

-“antes de trabajar en red, muchas veces nos desalentábamos y creíamos que éramos los únicos que teníamos dificultades”.

-“vengo por que tomo ideas de lo que puede hacerse, de cómo lo hacen en otras escuelas y organizaciones.”

-“me gusta por que así no me siento sola, me siento parte de algo más grande. A mis chicos les gusta que yo participe y que ellos puedan participar.”

Nuestra experiencia ha reforzado el convencimiento de la necesidad de llevar a cabo estas acciones de fortalecimiento y promoción de referentes locales como “nodos” de la red, sin las cuales, según las LB que usamos, los

resultados que se obtienen son de baja consistencia: hacer una secuencia de talleres informativos, aún cuando se utilice una metodología participativa y se hable de resiliencia, no es garantía de que enraícen actitudes y comportamientos saludables. Este principio de descentralización a su vez facilita la acción cotidiana, ajustada al perfil y ritmo particular de cada institución y/o comunidad, considerando que esta debe reconocer una instancia general y otra individual. La instancia masiva opera como sensibilizadora y motivadora de procesos que deben gestarse en cada individuo, y que se retroalimentan de manera continua.

En el segundo repertorio de intervenciones enfocadas en la prevención específica de adicciones, incluimos actividades convencionales con apoyo en metodologías que adaptamos a cada caso y actualizamos permanentemente, pero siempre orientadas a generar organización local, con reconocimiento del rol de los padres, madres y/o adultos a cargo, aún cuando el trabajo directo con ellos no sea posible. Se trabaja en esta instancia a partir de sondeos de opinión sobre sistemas de creencias –el diseño de los instrumentos y su aplicación a cargo de los jóvenes constituye en sí misma una intervención relevante para el proceso preventivo-, socialización de información, discusión, análisis crítico de medios masivos de comunicación y diversas dinámicas de participación grupal. En todos los casos se procura disponer de material de apoyo en cuanto objeto visible a compartir en las distintas dinámicas. En esta búsqueda, cada proyecto en desarrollo destina un espacio significativo a la producción de este material, que en general reúne ciertas características básicas: mensajes desde lo positivo y el aliento a la vida, uso de interrogantes para plantear los temas específicos, uso de color e imagen como recursos comunicacionales, inclusión de propuestas interactivas (tests auto administrables o para administrar a amigos o familiares), referencia a instituciones especializadas, servicios de orientación telefónica o sitios web donde poder ampliar la información sobre los temas abordados. El proceso creativo que este trabajo implica, exige un esfuerzo para abrir a la interdisciplina con diseñadores gráficos, publicistas, programadores, especialistas en cada tema, pero es también una usina para evaluar nuestro trabajo al exponerlo a terceros y a la opinión pública. Creo que asumir este desafío colabora a innovar en modos de comunicar y a ampliar o fortalecer redes. Un ejemplo de esto es la creación del sitio en internet de ProSalud primero, y un video juego para la prevención de las adicciones (Salud en Juego) después. Pese a nuestra convencional formación como psicólogos y trabajadores sociales, descubrimos el valor de las nuevas tecnologías para , e intentamos incluirlas en nuestro trabajo. Promovemos que esto se haga, pues además de criticar la intromisión de lo virtual en la intimidad de la vida cotidiana, sus redes son las grandes constructoras de sentido actuales, y no usarlas para promover lo saludable sería contraproducente. En concordancia con lo que planteo más arriba, el contar con estos dispositivos preventivos, de fácil acceso al público en general, colabora a instrumentar a docentes, padres y referentes barriales para hacer prevención, en el tiempo y el lugar que dispongan. A su vez, facilitan el procesamiento individual en lo relativo a la ejercitación de habilidades para la toma de decisiones, así como a la elaboración de información específica.

Referido al trayecto de prevención terciaria que todo plan debe considerar, , en la medida que el contexto particular de trabajo lo hace posible, se diseñan y ensayan alternativas para gestionar apoyo de manera directa o indirecta a

quienes ya tienen problemas por consumo de sustancias psicoactivas en la comunidad. Se elabora una guía de recursos locales en la que se incluya información sobre Servicios de Orientación Telefónica en prevención de adicciones, referentes barriales capacitados en este tema, grupos de Alcohólicos Anónimos u otros referentes Servicios de prevención secundaria y terciaria de adicciones locales, sean estos para jóvenes, adultos y/o sus familiares y amigos. Esta información se complementa con datos actualizados acerca del modo de acceder a estos recursos, referidos a costos, personas para contactarse, líneas de colectivo, etc. Nuestra experiencia nos ha permitido constatar que este punto del trabajo de prevención es muy importante para la construcción de sentido del consumo de sustancias como algo problemático y ligado a la enfermedad. De hecho, su aceptación como tal con frecuencia es condicionada por mecanismos de negación o minimización usados ante la angustia que produce el reconocimiento de la enfermedad cuando se perciben como inaccesibles las instancias de superación de la misma. Entonces, el saber que existe una solución, y que esta se encuentra al alcance de una comunidad en particular, permite la configuración del problema como tal.

Como dice el refrán, del dicho al hecho hay un gran trecho también en los proyectos que constituyen nuestra experiencia y dieron lugar a esta síntesis. Pues cada red es diferente, sus tiempos son diferentes, y nos encuentra en una situación diferente a nosotros como equipo. Pero de eso se trata el desafío de trabajar en red para enfrentar un problema tan grave y complejo como lo es el de las adicciones. Creo que vale la pena asumirlo. Es difícil, pero funciona mucho mejor que sólo hacer asistencia y pretender regularlo vía judicial.

Conclusión

En la historia de las disciplinas dedicadas a lo socio sanitario, el trabajo en prevención y promoción de la salud es de aparición reciente. Si bien hay acuerdos acerca del balance positivo en cuanto a la relación costos beneficio que ofrece la aplicación de este enfoque, los intereses globales no siempre van en la misma dirección.

El fenómeno de las adicciones, en los últimos diez años ha adquirido dimensiones no previstas, con impacto desde el plano individual, hasta casi todas las dimensiones de la trama social. La celeridad de tales cambios no siempre es coincidente con los acomodamientos de los marcos teóricos y la construcción de los roles profesionales con incumbencias en lo socio sanitario.

El enfoque de redes sociales desde su complejidad, inclusión de lo diverso, y posición frente a la incertidumbre y el cambio, facilita nuevas miradas. Desde lo metodológico, la metáfora de las Lentes de Beleave, contribuye a reconocimiento de las representaciones sociales que condicionan el desempeño profesional, y los procesos comunicacionales en general. Se entiende que estas representaciones sociales, en cuanto construcciones simbólicas, devienen de la experiencia vivida en redes sociales, y a su vez la configuran. Esta dinámica de retroalimentación permanente puede ser objeto de análisis para su mejor instrumentación en estrategias de prevención y promoción de la salud que encuadren acciones de prevención de adicciones.

Las redes sociales pueden no promover una mejor calidad de vida. Si el técnico no lo advierte y no adopta una postura activa frente a ello, se corre el riesgo de que quede operando funcionalmente a este tipo de redes.

El consumo de sustancias que puede generar adicciones implica la complementariedad de la oferta y la demanda puesta en acto a través de redes sociales. Esta complementariedad se autorregula, y según el registro estadístico, la tendencia está marcada por el aumento de la oferta que se conjuga con una mayor disposición a demandarla. Se viven redes de venta de sustancias con su consiguiente retroalimentación económica positiva y complementariamente, se viven redes de consumo, acompañadas de la percepción inmediata de recompensa física, psicológica y social (aunque lamentablemente en el mediano plazo ésta se torne negativa,). Ambas redes generan deterioro personal y social. La puesta en acto de la salud también se hace a través de redes. Estas redes promueven la condición humana y facilitan el desarrollo social sustentable.

Tomando como ejemplo el caso de las redes virtuales y su capacidad de expansión, parece que el poder de Google en el mercado es el equivalente económico de lo que se llama "poder blando"(Joseph Nye (h)) en las relaciones internacionales, que consiste en el poder de cooptar más que de imponer. Del mismo modo, las estrategias de prevención deben incluir expresamente la visualización, análisis, e intervención en, con y para las redes sociales, donde los mismos autodenominados agentes de salud adviertan su participación en ellas y su función en cuanto a colaboradores en la construcción de sentido que de estas prácticas devienen. Viviendo experiencias que puedan ser connotadas, registradas y previstas a futuro como saludables, se cooptará el tejido social ofreciendo competencia eficaz al desarrollo de las prácticas adictivas que se expanden y lo impregnan.

Bibliografía:

Aguilar, C y Molina, J.C. (2004): Identidad étnica y redes personales entre jóvenes de Sarajevo. REDES, Revista hispana para el análisis de redes sociales Vol.7,#6, Oct./Nov. 2004. <http://revista-redes.rediris.es>

Becoña Iglesias, E (2001): Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas. Madrid. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Dabas, E., Najmanovich, D (1995):. Redes. El lenguaje de los vínculos. Buenos Aires. Paidós.

Dabas, Elina, comp. (2006): Viviendo Redes. Buenos Aires. CICCUS.

Freixa i Santfeliu, Francesc (1984): El Fenómeno de la Droga. Barcelona, Salvat.

Montero, M.(2003): Teoría y práctica de la psicología comunitaria. La tensión entre comunidad y sociedad. Buenos Aires. Paidós.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Gerencia de Atención Integral a los y las adolescentes (1999): De adolescentes para adolescentes. Guía para facilitadores. San Salvador.

Lorenzo, Ladero y cols.(2005); Drogodependencias. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación. Madrid. Panamericana.

Martinez Gonzalez, J. M. y cols. (2006): Factores de Riesgo, protección y representaciones sociales sobre el consumo de drogas. Implicaciones para la Prevención. XI Premios Andaluces de investigación en materia de Drogodependencias adicciones. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Junta de Andalucía.

Míguez, Hugo (1998) Uso de sustancias psicoactivas. Buenos Aires, Paidos

Montero, Maritza (2006): Hacer para transformar. Buenos Aires, Paidos.

Occhi, M, Osojnik, T. (1998): Educarnos para la vida. Marco conceptual y anexos . Ministerio de Salud de la Nación. Proyecto de Control del sida y ETS. Componente de Educación LUSIDA. Buenos Aires, Argentina.

Paez y cols.(2001). SIDA, imagen y prevención. Madrid, Ed. Fundamentos

Papalini, Vanina (2006) Anime. Mundos tecnológicos, animación e imaginario social. Córdoba. La crujía.

Rabello de Castro (2001) Infancia y adolescencia en la cultura del consumo Buenos Aires. Grupo Editorial Lumen

Rovere M. (2000): Redes en salud; los grupos humanos, las instituciones, las comunidades. Rosario. Secretaría de Salud de Rosario.

Saforcada, Enrique (2001): Psicología Sanitaria, Analisis Critico de los Modelos de salud. Argentina, Paidos

Sissa, Giulia (1998): El Placer y el Mal Buenos Aires, Manantial.

Touzé, G. (2005): Prevención de adicciones. Un enfoque educativo. Buenos Aires, Argentina. Troquel.

Videla, Mirta (1994): Prevención. Intervención psicológica en Salud Comunitaria, Buenos Aires, Ed. CINCO.