

## El adolescente y sus usos de drogas en una sociedad de riesgos

Magali Catalán Rivas\*

**"Es un ratito no más; dura un minuto"**

(Juan, adolescente calentando una pipa con pasta base)

***La observación científica no es simplemente la descripción pura de hechos separados. Su meta principal es ver un acontecimiento desde tantas perspectivas como sea posible. Su objeto real es ver y comprender la manera en que una cosa o acontecimiento se relaciona con otras cosas o acontecimientos.***

(Alexander Luria)

El único ambiente de la vida humana es la cultura; somos individuos envueltos de contexto, de actividad, de situaciones, de prácticas; animales, como decía Weber, suspendidos en redes de significación que nosotros mismos hemos tejido, pero de memoria frágil ya que se nos olvida fácilmente la historia del tejido. Yo no puedo hablar de drogas sino es desde la historia y la cultura, en otras oportunidades me he centrado en la historia, hoy mi énfasis estará en la cultura. Mi preocupación serán los adolescentes, sus consumos son sólo accidentes, que a veces dejan huellas es cierto, pero no porque ellos quieran marcar ese camino indeleblemente, sino porque nosotros, los preocupados por ellos nos esforzamos demasiado para que así sea. Ellos querrían olvidar sus accidentes pero, ahí estaremos nosotros prestos a refregárselos para limpiar en ellos nuestra culpa por haberlos traído a este mundo.

Algo anda mal en esto de las drogas, pero definitivamente no son ellos, no hay nada malo en David, en Arling, en Sebastián, en Juan, en Alejandro, en Baby, en Benjamín, en Soledad, no, no hay nada malo en esos cuerpecitos turgecentes, con ojos brillantes, voces saltarinas, almas transparentes, inquietudes andando, perdidos, buscando, idealizando, fumando, hallando, tomando, peleando, piteando, no hay nada malo en ellos, pero algo anda mal.

Intentando comprender un poco más, esta vez logré configurar cuatro coordenadas:

1. La edad como indicador de una etapa de la vida
2. El sistema nervioso y su afección por prácticas de uso de drogas
3. La rehabilitación del adolescente que abusa o tiene consumo perjudicial o es dependiente
4. El contexto histórico-cultural donde suceden las prácticas de consumo de drogas y las prácticas rehabilitadoras.

---

\* Psicóloga, Docente e Investigadora de la Universidad Bolivariana.

## **Primera coordenada: la edad como indicador de una etapa de la vida**

Cuando hablamos de adolescentes, estamos hablando de la población que, en el presente tiene entre 12 y 18 años de edad, que está mayoritariamente en la enseñanza secundaria, que vive agrupada, apatotada, realizando su proceso de **individuación** experimentado a niveles bio-psico-social como una profunda reestructuración que dará emergencia a una diferenciación de la especie humana y a la construcción subjetiva de un fuerte sentido de unicidad, en definitiva a un claro sentido de la identidad personal. La identidad personal será el resultado de ordenar cada uno de los hechos de su vida como elementos de una totalidad significativa y, consiguientemente, de presentarse ante los otros nosotros, como un **protagonista de una historia singular**. Al término de esta etapa, en nuestro mundo, nosotros los adultos deseáramos que cada joven manifieste ciertas fidelidades que impriman coherencia y consistencia en su biografía ("que sepa quien es y para donde va"); que exprese competencias de razonamiento lógico ("que sepa pensar"); que manifieste autonomía en la resolución de problemas ("que sepa andar solo en la vida"); y que opere con autorregulación ("que sepa disciplinarse"). Pero dejados de la mano de dios y sin políticas públicas específicas para ellos, los años adolescentes en nuestro país, apenas alcanzan para llegar a saber que lugar ocupar en el espacio social. Decirlo aquí suena plano, pero vivenciarlo puede ser más de un tormento aderezado de inmotivada alegría; puede ser caminar entre utopías y chancacazos con la "realidad"; puede que el ego crezca hasta lo mega, pero la duda inevitablemente lo hará añicos; o puede ser un tránsito calmo y dulce, e incluso para no pocos ni siquiera existirá este período porque tempranamente asumieron tareas de adultos.

En esta edad y este contexto, los usos de drogas no son banales ni gratuitos, tienen razón y sentido, suelen ser potentes generadores de identidad grupal al igual como lo es la música, el vestuario y todos los símbolos que distinguen un "**estilo de vida**" que se escurre en los "tiempos libres" de los intersticios que dejan los espacios institucionales homogeneizadores. Los estilos de vida tienen cinco componentes básicos: los ejes en torno a los que gira la vida diaria, las relaciones, las imágenes-disfraces, los gestos y lenguajes, las culturas de referencias. Para el abordaje del consumo de drogas en la adolescencia, el estilo de vida viene a ser la llave maestra: todas esas conductas que a nuestros ojos de viejos se nos hacen incomprensibles, encuentran su luz en un sentido de identidad colectiva juvenil. Este período de fuerte identificación con el grupo es un momento necesario para la construcción de la identidad individual, es humano que así sea.

Si los adultos de hoy adolescentes de ayer, hubiéramos aprendido a pensar, como se lo exigimos a ellos hoy, tendríamos que estar expresando respeto por esas **pequeñas, escasas e intrascendentes** manifestaciones de autodeterminación, pero en cambio política y socialmente hemos dispuesto un control milimétrico sobre sus pasos, los adolescentes se nos hacen "sospechosos", menos mal que ellos, que son pura vida, se nos escapan. Lo terrible es que algunas de sus escapadas bordean peligros para la propia vida, pero no es a ellos a quien debemos interpelar por lo que hacen sino a nosotros. Todos los adultos de la sociedad chilena debemos preguntarnos ¿como hemos dispuesto las cosas en este país, que algunos de nuestros adolescentes necesitan bordear la muerte física y/o social y/o psicológica para alcanzar a construir una insignificante distinción en su vida ?

## **Segunda coordenada: el sistema nervioso central (snc) y su afección por prácticas de uso de drogas**

La práctica social de usar drogas para alterar el Sistema Nervioso Central (SNC) pudo, en algún tiempo y lugar, ser un sagrado acceso a lo sublime, pero en nuestro tiempo y territorio, dada su sobresimbolización no puede ser más que una práctica prosaica. En esta coordenada entonces hay que situar la afección de la dimensión electroquímica del existir humano. Hoy, a pesar de la prohibición, las drogas son un artificio de disponibilidad masiva para afectar el delicado mecanismo de nuestro sistema autorregulatorio: la **neurotransmisión**.

Como se puede apreciar en el Cuadro 1, las encuestas nacionales muestran que un número importante de adolescentes está usando este artificio, pero lo interesante de las estadísticas es que constatan que las sustancias lícitas convocan significativamente más que las ilícitas lo cual no se condice de nuestra excesiva preocupación por estas últimas. Entre las sustancias ilícitas es claro que los adolescentes prefieren la marihuana, yerba natural, la cual según la legislación vigente forma parte del Listado 2 de sustancias prohibidas, que acarrea daños de gravedad menor.

**Cuadro 1**  
**Consumo de drogas en la adolescencia(12-18 años)**

Tipo de Droga	Prevalencia anual	Prevalencia mensual
Alcohol	52.67	31.13
Tabaco	36.18	25.93
Marihuana	7.79	2.80
Tranquilizantes	6.52	2.04
Pasta Base	0.99	0.40
Cocaína		0.29
Cualquiera ilícita		2.97

**Fuente** : Tercer Estudio Nacional de Consumo de Drogas en Chile. Informe Ejecutivo, CONACE, Abril, 1999

Usar drogas, cualquiera, no es inocuo, pero tampoco es necesariamente dañino como lo atestiguan muchas personas que han tenido la experiencia. Esto se explica primero por la capacidad adaptativa del sistema nervioso central que permite cierta **tolerancia** al exceso; y segundo porque, independientes de las virtudes terapéuticas que la mayoría de las sustancias poseen, los efectos, los riesgos y los daños **son funcionales a los contextos** e incluso en ciertos contextos el uso de sustancias es recomendable para optimizar la función autorregulatoria.

El Cuadro 2 expresa una medida interesante de la encuesta nacional denominada "exconsumo", esta medida nos permite afirmar que a nivel de la población general, en Chile, se produce una autorregulación del consumo de drogas. Dos reflexiones obvias que se desprenden de estos datos son : primero, un porcentaje importante de usuarios de drogas, cualquiera ella sea, de un año a otro discontinúan su uso; segundo el alcohol, además de ser la droga de mayor prevalencia en los adolescente, su consumo es el más persistente en el tiempo, en cambio el consumo de marihuana se discontinúa en una proporción casi de 5 a 1 en relación al alcohol.

**Cuadro 2**  
**Ex consumo en la población general**

Tipo de Droga	Ex consumo*
---------------	-------------

Marihuana	71.57
Cocaína	69.79
Pasta Base	64.10
Tranquilizantes	55.54
Tabaco	34.50
Alcohol	16.00

**Fuente** : Tercer Estudio Nacional de Consumo de Drogas en Chile. Informe Ejecutivo, CONACE, Abril, 1999.

\* Población que habiendo consumido el año anterior no había consumido en el año de la encuesta, 1998

En esta coordenada hay que consignar que mientras se está consumiendo, cada sustancia afecta al Sistema Nervioso Central de una manera específica: pueden liberar, bloquear, inhibir la recaptación de ciertos neurotransmisores tales como la noradrenalina, la serotonina, la dopamina, etc. Esta afección será experimentada diferencialmente por el sujeto consumidor quien irá escogiendo - dentro de un marco de posibilidades - la droga que adquiera el valor funcional mas alto para su praxis de vida. Usadas con sensatez, sobre todo las sustancias naturales, estos usos traen beneficios "económicos" decía Walter Benjamin y aconsejaba tenerlos presente a la hora de propugnar su prohibición. Benjamin se refería tanto a la economía organísmica como a la economía social.

Suele suceder que algunas modalidades de consumo de la sustancia elegida, pueden traer consecuencias muy problemáticas para la salud de la persona. Evaluaciones internacionales rigurosas, realizadas en contextos de normalización del consumo y en relación a diversas sustancias, muestran que esto le sucede al 0,3 % de la población general. 0.3 % es un porcentaje bajo, sin embargo ese sufrimiento no puede ser ignorado, por lo tanto es relevante, entonces, incluir en esta coordenada algunas categorías diagnósticas que sitúan el consumo de drogas como un problema de salud pública.

He considerado importante revisar estas definiciones para delimitar el campo de problemas en relación a los adolescentes y sus consumos de drogas. A continuación se describen las tres categorías: "abuso de sustancias" "consumo perjudicial" y "dependencia" tal como lo hace el Ministerio de Salud chileno en las "Orientaciones técnicas para el tratamiento y rehabilitación de personas con problemas de drogas". En este texto se señalan las siguientes distinciones:

### "Abuso de sustancias"

Esta categoría es utilizada por el DSM-IV como una categoría diagnóstica residual que se aplicará a aquellos modelos desadaptativos del uso de estas sustancias que no lleguen a cumplir los criterios de dependencia. Se *define Modelo desadaptativo*<sup>1</sup> de uso de sustancias que conduce a una disfunción clínicamente significativa o de sufrimiento, cuando uno o más de los siguientes criterios ocurran dentro de un período de doce meses.

- Uso frecuente de la sustancia que resulta en un fracaso para cumplir con obligaciones mayores en el trabajo, escuela, u hogar (por ejemplo, ausencias repetidas o mala ejecución del trabajo en directa relación con el uso de

<sup>1</sup> Modelo desadaptativo de uso de sustancias psicoactivas se define por el consumo continuado de una de ellas a pesar de que el individuo sabe que le produce consecuencias físicas, psicológicas o sociales, que pueden ser consideradas como dañinas o bien, cuando su uso repetitivo implique riesgos físicos importantes.

sustancias, suspensiones o expulsiones de la escuela, descuido con los niños o con la familia)

- Uso recurrente de la sustancia en situaciones en las que resulta físicamente peligroso (por ejemplo, conducción de un automóvil, operar maquinaria)
- Problemas legales recurrentes relacionados con el uso de sustancias (por ejemplo, detenciones por desórdenes de conductas relacionadas con el consumo de sustancias)
- Uso continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (por ejemplo disputas con la pareja acerca de las consecuencias del consumo, peleas físicas)

### **"Consumo perjudicial"**

Esta categoría es utilizada por la CIE-10 y se define como: una forma de consumo que está afectando la salud física (como en los casos de hepatitis por administración parenteral de sustancias psicotrópicas) o mental (como los episodios de trastornos depresivos secundarios al consumo excesivo de alcohol). El diagnóstico requiere que se haya afectado la salud mental o física de la persona que consume sustancia. Las formas de consumo son, a menudo criticadas por terceros y suelen dar lugar a consecuencias sociales adversas de varios tipos. El hecho de que una forma de consumo o el consumo de una sustancia en particular sean reprobados por terceros o por el entorno en general, no es por sí mismo indicativo de un consumo perjudicial, como tampoco lo es sólo el hecho de haber podido derivar en alguna consecuencia social negativa (tales como detención o ruptura matrimonial). Las intoxicaciones agudas y las molestias posteriores a ellas ("resacas"). No son en sí mismas evidencias suficientes del "daño para la salud" requerido para el diagnóstico de consumo perjudicial. El consumo perjudicial no debe diagnosticarse si están presente un síndrome de dependencia, un trastorno psicótico u otras formas específicas de trastornos relacionados con el consumo de alcohol u otras sustancias psicotrópicas.

### **"Síndrome de dependencia"**

Categoría utilizada por la CIE 10 y se trata de un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en las cuales el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron un valor más alto. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo (a menudo fuerte y a veces insuperable) de ingerir sustancias psicotrópicas (aún cuando hayan sido prescritas por un médico), alcohol o tabaco. La recaída en el consumo de una sustancia después de un período de abstinencia lleva a la instauración más rápida del resto de las características del síndrome, en comparación con lo que sucede en individuos no dependientes.

### **Pautas para el diagnóstico del "Síndrome de dependencia"**

El diagnóstico de dependencia sólo debe hacerse si, en algún momento durante los 12 meses previos o de un modo continuo han, estado presentes tres o más de los siguientes rasgos:

- a) Deseo intenso o vivencia de compulsión a consumir una sustancia

- b) Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras, o para poder terminarlo o para controlar la cantidad consumida.
- c) Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de la sustancia se reduzca o cese, cuando se confirme por: el síndrome de abstinencia característico de la sustancia; o el consumo de la misma sustancia (o de otra próxima) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- d) Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas (son ejemplos claros los de la dependencia del alcohol y los opiáceos, en las que hay individuos que pueden llegar a ingerir dosis suficientes para incapacitar o provocar la muerte a personas en las que no está presente la tolerancia).
- e) Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos.
- f) Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, como daños hepáticos por consumo excesivo de alcohol, estados de ánimo depresivos consecutivos a períodos de consumo de la sustancia. Debe investigarse a fondo si la persona que consume la sustancia es consciente, o puede llegar a serlo, de la naturaleza o gravedad de los perjuicios.
- g) Reducción progresiva de las distintas formas de consumo de una sustancia (por ejemplo tendencia a ingerir bebidas alcohólicas entre semana y los fines de semana al margen de las normas sociales aceptadas para un consumo adecuado de alcohol)

La experiencia de acompañar a diversos grupos de adolescentes me permite afirmar que en los consumos de drogas en este período predomina un uso autorregulado sin consecuencias para la salud personal, no así para la convivencia social; por lo tanto, de acuerdo a los sistemas de clasificación utilizados por el Ministerio de Salud, la categoría más pertinente sería la de "Abuso de sustancias". Sin embargo y a pesar de que la distinción "modelo desadaptativo" de consumo es muy útil para avanzar hacia una normalización del fenómeno, esta categoría "Abuso de sustancias" no es todo lo feliz que uno quisiera, principalmente porque no representa el dinamismo socio-cultural en el cual ciertas modalidades de uso resultan abuso, y más bien construye una escena en la cual se **naturalizan** ciertas consecuencias secundarias, la psicología popular dirá "él o ella se lo buscó" o "él o ella se lo merecen".

Un poco de problematización de esta categoría "Abuso de sustancias" no nos vendrá mal. Dada la sobresimbolización que hemos hecho de algunas sustancias, los consumos adolescentes generan una conflictividad difícil de ser asimilada por las instituciones (familia-escuela-barrio) lo que puede desembocar en consecuencias perjudiciales para el adolescente como violencia intrafamiliar, expulsiones escolares, detenciones, etc. pero estos son **efectos secundarios**, ellos no pueden ser atribuibles a los efectos directos de las sustancias. Demonizar, satanizar unas sustancias no sirve más que para ocultar nuestras **respuestas irracionales** ante un hecho intrascendente, como lo es el consumir alguna sustancia, para la vida de las personas y la vida de un país.

Pero también los hechos tienen cierta densidad, y se hace necesario introducir varias distinciones, una de ellas es la de clase social. En Chile la práctica social en sectores populares da cuenta de que algunos adolescentes están sufriendo daños, pero aquí hay que volver a reiterar, **estos daños son secundarios al uso de sustancias psicoactivas**. La estigmatización, el fracaso escolar, la marginación, la desesperanza, el deterioro de la salud, los conflictos con la justicia, el ingreso precoz a círculos

delictuales, entre otros, son hechos que se observan predominantemente en los sectores más desposeídos de nuestro país. La calidad de vida, la calidad de las sustancias, la calidad de las relaciones sociales, y la presencia de los servicios policiales pueden explicar mejor estos hechos que el poder destructivo **per se** de las sustancias. Cada vez que me encuentro con algún policía le pregunto ¿cuántos adolescentes de los barrios altos han detenido en el último mes por consumo de drogas? hasta ahora, ellos responden indefectiblemente "a ninguno", pero los Centros de Observación y Diagnóstico (COD) verificarán cuan efectiva es la policía en los sectores populares.

Si como lo muestran las encuestas nacionales, las magnitudes de consumo de sustancias psicoactivas no muestran diferencias significativas entre los distintos sectores sociales y los efectos más problemáticos asociados al consumo de drogas predominan en un sector social, entonces es lícito concluir que ellos no son efectos primarios del consumo de sustancias, sino que evidentemente ellos están asociados a los contextos de consumo, entre cuyos elementos no habría que minimizar las variables "calidad de las sustancias" y "efectividad del servicio policial".

Terminando con esta breve problematización uno se pregunta legítimamente si, en relación a los adolescentes en general y a los pobres en particular si lo que tenemos es ¿abuso de sustancias o abuso de poder?

### **Tercera coordenada: la rehabilitación del adolescente usuario de drogas**

Hasta ahora en nuestro país el abordaje de los problemas asociados al consumo de drogas se ha centrado en el consumo y consecuentemente el tratamiento se realiza sobre la base de una condición máxima: la abstinencia absoluta. La primera evaluación de la acción rehabilitadora ha sido realizada por el Hogar de Cristo, en el presente año. Es una evaluación seria que aportará mucho al análisis crítico de las modalidades de tratamiento; pero sobre todo es una evaluación valiente y me valdré de ella - con permiso de sus autores - para afirmar con "respaldo" algo que todos sabemos sobradamente: que para la mayoría de los adolescentes con problemas asociados a sus consumos de drogas, la modalidad "comunidad terapéutica" no resulta adecuada. La evaluación se planteó como objetivo determinar el grado, distribución y tipo de inserción social predominante entre niños y jóvenes de las comunidades terapéuticas ambulatorias e internados que forman parte de la red de servicios que el Hogar de Cristo brinda a los chilenos más desprotegidos. Entre sus conclusiones es posible destacar que:

#### **La inserción mejora:**

- a) con la edad;
- b) con lo femenino, las adolescentes mujeres muestran más éxito que los hombres;
- c) con la escolaridad, los peores resultados se observan entre quienes declaran tener entre 0 y 6 años de escolaridad y los mejores entre los que aseguran tener 10 o más años de escolaridad;
- d) con los más bajos niveles de daño;
- e) con la permanencia por sobre un año en una comunidad terapéutica, el tiempo de tratamiento óptimo para ambos sistemas (ambulatorio y residencial) se encuentra entre los 12 y los 14 meses; y
- f) con el empleo en los últimos 6 meses, este es el principal factor que facilita la inserción.

#### **La reducción del consumo se produce:**

- a) más significativamente en relación a la pasta base y la marihuana, en ese orden;
- b) también se observa una disminución del uso de neoprén;
- c) los participantes manifiestan una importante predisposición a evitar el uso de sustancias, pero evidencian una menor capacidad para disminuir o controlar el abuso de drogas una vez que se ha producido la recaída; y
- d) un efecto no previsto resulta de la mayor prevalencia en el último mes de consumo de sustancias legales como el alcohol y tranquilizantes, lo que puede, según los investigadores, ser entendido como un "efecto de sustitución" o de "desplazamiento" hacia sustancias cuya utilización posee una mayor legitimidad y aceptación social.

**Hay factores que disminuyen las probabilidades de reinserción y aumenta el riesgo de vinculación a circuitos de daño:**

- a) la deserción escolar cuando se da en un contexto de pobreza, exclusión y falta de redes sociales de apoyo;
- b) el proceso de desvinculación y anomia familiar podría considerarse como una escalada en que los problemas o discusiones serían la puerta de entrada, seguidas por situaciones de hurto y robo doméstico y violencia, con una alta probabilidad de expulsión y abandono del joven. Todas estas situaciones se verían reforzadas si familiares cercanos al joven desarrollan conductas de riesgo y tienen problemas con instituciones destinadas al control social;
- c) las detenciones policiales en el último año. La recaída se asocia con conductas delictivas y de riesgo relacionadas con las drogas, en el que **las experiencias de privación de libertad promoverían la estigmatización y pérdida de vínculos con las instituciones formales y la reconstitución de lazos o redes en el ámbito de la sub-cultura de la pasta base y en los estratos más bajos de la delincuencia no profesional**. La no reincidencia de problemas legales aumenta sistemáticamente a medida que se incrementa el tiempo de tratamiento;
- d) presencia de síntomas de problemas de salud mental. Indirectamente se verifica la hipótesis de que existen elementos, predisposiciones o tipos de estructura de personalidad que determinan una baja probabilidad de rehabilitación;
- e) la pobreza agrava aún más la situación. Conduce con frecuencia a conductas de violencia, a delitos e infracciones a las leyes. **Para los pobres, las puertas de salida y los caminos de recuperación son escasos y las esperanzas mucho más lejanas dicen los investigadores;** y
- f) la temprana edad. Son los niños y adolescentes los más expuestos, los más vulnerables. **Para los menores de 18 años el 70.1 % de los participantes en programa de tratamiento no logra la inserción.**

**Resumiendo los resultados de la experiencia del Hogar de Cristo tenemos que:**

- a) los resultados son mejores entre los jóvenes provenientes de programas ambulatorios, que tienen más de 21 años y que poseen una mayor escolaridad. No obstante, el tiempo de permanencia en tratamiento tiene un impacto de mayor significación entre los jóvenes provenientes de comunidades terapéuticas residenciales, con mayores niveles de daño, de sexo masculino y que tienen menos de 8 años de escolaridad;
- b) hacer algo es mejor que nada. Comparados el grupo de control con el grupo que recibió asistencia durante más de una semana, se aprecian diferencias a favor de los tratados aunque sea por poco tiempo. Las diferencias más significativas se encuentran en los niveles de problemas con familiares debido al uso de drogas, de hurtos y/ robos domésticos y de conductas violentas para conseguir drogas; y



- c) **el éxito del programa depende de su capacidad para generar recursos y habilidades personales que le permitan al individuo adaptarse de mejor modo a contingencias que permanecen adversas.**

Los compañeros del Hogar de Cristo han contribuido a que perdamos la inocencia frente a la gran ola rehabilitadora de objetivos máximos e invita a una reflexión profunda sobre el contexto en el que se dan tanto las prácticas de consumo de sustancias psicoactivas como las prácticas rehabilitadoras.

**Cuarta coordenada: el contexto histórico-cultural donde suceden las prácticas de consumo de drogas y las prácticas rehabilitadoras.**

Las posibilidades para enunciar el contexto son diversas, yo he escogido parafrasear al sociólogo alemán Ulrich Beck (1998) para decir que el contexto general en el que los adolescentes chilenos hacen uso de sustancias es un **contexto transicional**, un salto entre una sociedad de clases y una sociedad de riesgos. El hoy se caracteriza por el reparto desigual de riquezas y también por el reparto desigual de los riesgos de la industrialización, sólo que las riquezas se acumulan hacia arriba y los riesgos hacia abajo en la jerarquía de las clases sociales. La transición se verifica en un cambio valórico, al respecto dice Beck: **"El sueño de la sociedad de clases significa que todos quieren y deben participar en el pastel. El objetivo de la sociedad de riesgo es que todos han de ser protegidos del veneno"**. La sociedad de clases refiere, en su dinámica de desarrollo, al ideal de la **igualdad**; en la sociedad del riesgo la dinámica de desarrollo refiere a la **seguridad**. La sociedad de riesgos se configura en torno a un eje principal: la **"individualización institucionalizada"** que no refiere a la individuación como la que hemos mencionado en relación al proceso de construcción de identidad personal en el adolescente, sino al hecho que las instituciones y las leyes rompen el colectivo.

Las instituciones y las leyes rompen el colectivo cuando se hacen para la individualización, y **obligan** a los seres humanos a desarrollar su propia biografía y su vida individual al margen de tradiciones, grupos de referencia y sobre todo en ausencia de opciones reales, tal como lo verificamos en los adolescentes pobres. La agudización de las desigualdades y la individualización se entrelazan, y como consecuencia, los problemas del sistema son transformados y desmontados políticamente como **fracaso personal**. Surge así una nueva inmediatez, la de la **crisis-enfermedad**, en el sentido que las crisis sociales aparecen como crisis individuales y son leídas normativamente desde las instituciones como **"enfermedades personales"**, tal es el caso de la drogadicción (esto no lo dice Beck, lo agrego yo). La sociedad de riesgo trae el advenimiento del **Estado Terapéutico** como lo denomina el antipsiquiatra Thomas Szasz (1992) y detrás del Estado Terapéutico nos alineamos tanto los profesionales de las ciencias sociales como los de las ciencias médicas.

De este modo **la individualización moderna monta una particular estructura de control institucional sobre las "situaciones individuales"** a través de dispositivos de castigo y rehabilitación de los individuos. La individualización no es individuación, como ya lo dijimos, **individualización en la modernidad es un proceso de socialización históricamente contradictorio**, que lleva al borde de la destrucción a este mundo moderno al imposibilitar las condiciones para la fraternidad, para la ternura, para el amor sin negociación, para el sentido de mancomunidad humana, este es el mayor riesgo que experimenta nuestro mundo. Luis Carlos

Restrepo<sup>2</sup>, psiquiatra colombiano ha iluminado muchísimo sobre este aspecto de nuestra cultura y su relación explicativa en los consumos compulsivos de sustancias.

Pero es precisamente la toma de conciencia de esta contradicción la que puede conducir al surgimiento de nuevas comunidades socioculturales. La sociedad moderna se refleja en sí misma en todos los riesgos y males del mundo, emergiendo la "**modernidad reflexiva**". Transitamos desde la modernidad industrial a la modernidad reflexiva. Beck apuesta su optimismo a esta reflexividad. Nosotros estaríamos más optimistas si en Chile, al menos comprendiéramos que en la construcción de la "droga" como un problema social y en este exceso de intervención policial estamos **reflejando nuestro terror a la libertad de todos** ; este terror constituye uno de los lados oscuros del desarrollo que la humanidad ha alcanzado y que por lo tanto más vale que nos hagamos cargo de él y no lo neguemos en el esfuerzo descomunal por construir la ilusión de un mundo sin drogas.

En el mismo sentido, Amartya Sen (2000), Premio Nobel de Economía de 1998, planteó que la idea de que cada uno es responsable de su vida encaja perfectamente con el pensamiento moderno, sólo que ya es hora que el progreso se conciba no sólo como un proceso de producción de riquezas, sino como un proceso de expansión de las libertades reales que disfrutan todos los individuos. Este economista asesor de los Informes de Desarrollo Humano de las Naciones Unidas, expresó ante los directivos del Banco Mundial que las principales fuentes de privación de libertad son: la pobreza y la tiranía; la escasez de oportunidades económicas y las privaciones sociales sistemáticas; el abandono en que pueden encontrarse los servicios públicos y la intolerancia o el exceso de intervención del Estado represivo.

Un enfoque de justicia y de desarrollo centra su atención en la **agencia y criterios del individuo**; se toma en serio la individuación. Los individuos no pueden verse sólo como pacientes a los cuales el proceso de desarrollo le dispensa prestaciones sino como seres responsables que deben encargarse de su propio bienestar; son ellos los que deben decidir como utilizan sus capacidades. Pero las capacidades que tiene la persona dependen de la naturaleza de las instituciones sociales. Para este gran hombre, ganador del Premio Nóbel, el que las instituciones fomenten más la expansión de las libertades individuales juega a favor de la responsabilidad personal.

Avishai Margalit (1997), filósofo hebreo agrega otro elemento para contextualizar este tiempo, él plantea que toda sociedad justa debe ser decente pero la justicia, aun siendo un ideal sublime no es condición para la decencia. Para este pensador, aun sin justicia distributiva, lo prioritario en nuestro mundo es erradicar la crueldad y la humillación. La humillación es un mal doloroso que corroe el bien máspreciado: **la dignidad humana**. Una sociedad decente es aquella cuyas instituciones otorgan a **todas** las personas el honor que merecen, incluso a los delincuentes. La forma en que una sociedad maneja sus políticas y procedimientos de castigo es el verdadero punto de inflexión que determina si una sociedad es decente o no. Los Estados actuales tienen el monopolio del uso de la fuerza por lo que tienen un enorme potencial para la **humillación institucional**.

El escenario de la prohibición de las drogas es un escenario propicio para que la autoridad haga pesar su absoluto poder controlador sobre los individuos más jóvenes, los sobrerresponsabilice y los humille. Una mercancía prohibida por decisión de un

---

<sup>2</sup> Ver al respecto sus trabajos: *El derecho a la ternura* (1994), Arango Editores, Bogotá; *Ecología Humana: una estrategia de intervención cultural* (1996), Ediciones San Pablo, Bogotá.

poder que se difumina en la Organización Mundial ha convertido a los adolescentes en objeto de sospecha constante para todas las instituciones, partiendo desde la familia pasando por la escuela, las organizaciones sociales, y terminando en los tribunales y la cárcel. Perseguir, castigar y estigmatizar como "drogadicto" "enfermo" "delincuente" es una particular forma de humillar a nuestros adolescentes especialmente a los más pobres. Disponer para su atención sólo de dispositivos de alto nivel de exigencia donde más del 70% fracasará de partida, es un lavado de manos del mundo adulto y la sobrerresponsabilización de ellos por un fracaso social; parafraseando a Thomas Szasz , de esta forma los convertimos en los "chivos expiatorios de nuestro tiempo" .

Hacernos sordos a su saber, desconfiar de sus modalidades autorregulatorias, envilecer sus "vuelos", ignorar su perspectiva en nuestros abordajes, es abandonarlos en la ignominia. Nuestra sociedad además de injusta, en el campo de las drogas y en particular con los adolescentes pobres no está siendo una sociedad decente.

### **¡Ahora sé que está mal en esto de las drogas y definitivamente no son los adolescentes!**

De todo lo dicho se desprende que el desafío para quienes nos interesamos genuinamente en ellos es ¿cómo vamos a hacer para que nuestras acciones de ayuda en el campo de las drogas, especialmente para que las acciones dirigidas a aquellos que se ubican en los niveles más bajos de la escala social y que históricamente han sido degradados, no les resulten humillantes.?

La respuesta nos corresponde a todos. Los investigadores del Hogar de Cristo sugieren algunas pistas, ellos dicen que:

"...son los mayores niveles de educación y no el castigo; es la existencia de relaciones familiares armoniosas, que apoyan y dan acogida y no la privación de libertad; es el acceso a un trabajo digno y estable y no la represión, las armas más contundentes con que contamos para protegerlos en forma efectiva de la espiral de soledad, violencia y exclusión que progresivamente los conduce a niveles de daño muchas veces irreversibles, que ponen en peligro su integridad como personas..."

### **Algunas ideas, siempre provisorias, para realizar una acción de ayuda eficaz a aquellos adolescentes usuarios de drogas que más lo necesitan, pero sin humillarlos.**

- a) Hay que reconocer que el escenario de las drogas ha sido **autogenerado** en un mundo clasista, injusto, no decente, de riesgo, que aún no articula bien libertad individual con desarrollo, todo lo cual implica riesgos y daños especialmente para los adolescentes ubicados en los niveles más bajos de la escala social, implica reconocer que las drogas amplifican esas dificultades que no son sólo responsabilidad de él y su familia, sino de toda la sociedad. De esto se deduce que todo el esfuerzo sociopolítico debe orientarse a que los adolescentes pobres transiten por los consumos de drogas sin que esa práctica deje mayores daños de los que ya acumulan.
- b) Hay que saber que los adolescentes que más lo necesitan, generalmente, no acuden a los centros de tratamiento y si ello sucede es probable que no lo hagan de mutuo propio sino que son llevados, obligados, por lo que es esperable que se queden poco tiempo. Entonces una política de salud y de integración social correcta tratará de privilegiar una comunicación directa con ellos en sus entornos propios, para lo cual implementará **PROGRAMAS COMUNITARIOS DE ACOMPAÑAMIENTO**.

- c) Si el adolescente, obligado o no, solicitara ayuda en un dispositivo de tratamiento para dejar las drogas debe recibir el tratamiento que mejor se ajuste a sus demandas, necesidades y posibilidades de intervención en ese momento. Por lo tanto, la asignación terapéutica al mejor modelo de intervención ha de responder a criterios técnicos y científicos y debe huirse de acciones voluntaristas o guiadas por principios ideológicos. En todo momento hay que tener en cuenta que la asignación terapéutica debe efectuarse para maximizar los éxitos, por modestos que éstos sean, y para minimizar los fracasos. La asignación terapéutica no es neutra y una mala indicación de tratamiento puede ser perjudicial. La acumulación de fracasos afecta negativamente a la percepción de **autoeficacia** del adolescente y de los profesionales que le atienden. En la acepción de Bandura (1982), autoeficacia se entiende como la percepción que tiene el individuo sobre su capacidad para introducir cambios en su comportamiento y en su ambiente. Evidentemente, un adolescente que acumula diversos fracasos al intentar abandonar las drogas tendrá una autoeficacia muy disminuida y, en consecuencia, un peor pronóstico para conseguir los objetivos que se propone. Según Marlatt (1994), la autoeficacia determina lo que se intenta, cómo se intenta e influye en el resultado de lo que se intenta.

Se dispone de modelos teóricos que permiten orientar técnicamente la asignación terapéutica, este es el caso del Modelo Transteórico de Cambio de Prochaska y DiClemente (1982:276-288). Según este modelo la persona que consume drogas en su proceso de cambios pasa por distintas etapas, de modo que los objetivos de intervención deben variar conforme a la etapa en la que se encuentre. Por otro lado, al tratarse de un modelo de cambio dinámico, el terapeuta puede avanzar al adicto por las sucesivas etapas utilizando para ello las técnicas terapéuticas más adecuadas en cada momento. La postura del adolescente frente al tratamiento que consume drogas puede asimilarse a la primera etapa definida por este autor, denominada **precontemplativa**:

- 1) la base motivacional es inexistente (resistencia total) o muy insuficiente (resistencia parcial). En esta etapa la demanda de tratamiento, cuando se produce, se hace por presiones del entorno, de modo que cuando éstas desaparecen la persona abandona el tratamiento. En algunos momentos de esta etapa el individuo empieza a considerar que el consumo de drogas puede suponer un problema y que para superarlo, es preciso cambiar (resistencia parcial). No obstante, esta motivación inicial es inconsistente; y
  - 2) los individuos precontemplativos se caracterizan por procesar poca información sobre sus problemas y por dedicar poco tiempo y energía a evaluarse. Se puede afirmar que los adolescentes no se dan cuenta de sus problemas o los minimizan, no es que no puedan ver la solución, **no pueden ver el problema**. Por consiguiente, incluir a un adolescente en esta etapa en un programa libre de drogas tiene muchas probabilidades de fracasar, de ahí que las mejores asignaciones terapéuticas sean los programas de **reducción de riesgos** desarrollados por medio de estrategias de acompañamiento.
- d) **Reducción de riesgos** en clave adolescente es aprender a conducir y aterrizar el vuelo. Aprender a conducir y aterrizar el vuelo requiere desarrollar en su entorno cercano dispositivos de tratamientos de muy baja exigencia, que no exijan abstinencia para ingresar. Reconocer que a pesar de la prohibición los adolescentes están usando drogas ilícitas e ilegales implica que todos los programas de intervención sean de alta, media o baja exigencia, deben apuntar siempre a

minimizar los riesgos que corre el adolescente a través de la instauración de la autorregulación del consumo de sustancias, lo que implica respetar sus razones, sus tiempos, sus caminos, sus búsquedas, sus metas, etc. Se puede ayudar al adolescente a transitar por sus consumos con los menores riesgos a través de :

- 1) **Educación y entrenamiento pertinente para desarrollar conductas responsables.** Para que los adolescentes tomen una decisión sensata, deben estar informados de los riesgos que corren, lo cual no es sólo cuestión de decir sí o no, consiste en elegir una droga específica, elegir la forma de provisión, elegir los compañeros con quienes consumirla, elegir un entorno protector en el cual experimentar sus efectos, etc, etc..
- 2) **Acciones institucionales para reducir riesgos.** Las instituciones deben proporcionarle al adolescente, con o sin usos de drogas, atención a problemas de salud, redes de apoyo social, reforzamiento escolar, terapia psicológica, capacitación laboral, etc. todo sin estigma y sin humillación.
- 3) **Construir Normas sociales que regulen los comportamientos públicos** relacionados con el uso de drogas. Pasar de la alarma a la normalización es necesario, para ello la ciudadanía debe trabajar para lograr descriminalizar el consumo, sacarlo de la ley penal que actualmente nos rige y ponerlo bajo regulación social.

Esta es la gran tarea cultural pendiente en el campo de las drogas: **descriminalizar el consumo**; especialmente descriminalizar el/la cannabis y recuperar el poder regulatorio de la relación social. Si todos los ciudadanos de este país, vía referendun (como lo han hecho en Italia) establecieran una medida por sobre la cual se sancione su porte o tenencia (como lo establecen legislaciones en muchos otros países) y si nos decidiéramos por una lucha frontal contra el narcotráfico permitiendo el autocultivo regulado como lo hacen en varios estados de EEUU habría una diferencia notable en el paisaje que hoy nos preocupa. Debemos pensarlo, debemos revisar esta hiperopresión sobre los adolescentes, debemos revisar nuestro **"abuso de poder"** hacia ellos, porque no hay peor adicción que la adicción al poder, **"la peor de todas"** decía un escritor catalán, en la Octava Conferencia de Reducción de Daños realizada en Barcelona el año 2000.

### **Bibliografía:**

Bandura, A. (1982), *Teoría del Aprendizaje Social*. Espasa-Calpe, Madrid.

Beck, Ulrich (1998), *La sociedad del riesgo*, Paidós, Barcelona.

Benjamin, Walter (1995), *Haschisch*, Taurus, Madrid.

CONACE (1999), *Tercer Estudio Nacional de Consumo de Drogas en Chile*, Santiago.

Di Clementi y Prochaska (1982), "Transtheoretical Therapy: toward a more integrative model de change" en *Psychotherapy, Theory, Research and Practice*, N° 19.

Egenau, Pablo y Villatoro, Pablo (2000), *Evaluación de las Comunidades Terapéuticas*, Hogar de Cristo, Santiago.

Grupo IGIA (2000), *Contextos, sujetos y drogas*, Ajuntament de Barcelona y FAD, Barcelona.

Margalit, Avishai (1997), *La Sociedad decente*, Paidós, Barcelona.

Marlatt, G.A. (1994), *Harm Reduction: A public health approach to addictive behavior*, American Psychological Association. División 50 Newsletter.

Ministerio de Salud (1996), *Orientaciones técnicas para el tratamiento y rehabilitación de personas con problemas de drogas*, Publicaciones de Salud Mental N°10, Santiago

Programa Cono Sur (1999), *Un ángulo diferente*, Santiago.

Szasz, Thomas (1992), *Nuestro derecho a las drogas*, Anagrama, Barcelona.

Sen, Amartia (2000), *Desarrollo y Libertad*, Planeta, Buenos Aires..