

Abordaje integral hacia la vida, la dignidad y la esperanza





Editorial
UNIMAR

Colección Evento

**Abordaje integral hacia la vida, la
dignidad y la esperanza**



Abordaje integral hacia la vida, la dignidad y la esperanza

Abordaje integral hacia
la vida, la dignidad y la esperanza



William Pineda
Juan Machín
Diana Raquel Sierra Acuña
Ana Karen Ceballos Mora
Sandra Yaneth Quiroz Coral
Jenny Alejandra Bastidas López
Karen Victoria Delgado Villacrés
Stefanny Revelo Villota
Maribel Restrepo Mesa

Abordaje integral hacia la vida, la dignidad y la esperanza

William Pineda

Juan Machín

Diana Raquel Sierra Acuña

Ana Karen Ceballos Mora

Sandra Yaneth Quiroz Coral

Jenny Alejandra Bastidas López

Karen Victoria Delgado Villacrés

Stefanny Revelo Villota

Maribel Restrepo Mesa

Editor: Luis Alberto Montenegro Mora

Fecha de publicación: Diciembre 2015

Páginas: 96

ISBN: 978-958-59072-2-5

Info copia: 1 copia disponible en la Biblioteca Nacional de Colombia

Existencias

Biblioteca Nacional de Colombia

Abordaje integral hacia la vida, la dignidad y la esperanza

Autores:

William Pineda

Juan Machín

Diana Raquel Sierra Acuña

Ana Karen Ceballos Mora

Sandra Yaneth Quiroz Coral

Jenny Alejandra Bastidas López

Karen Victoria Delgado Villacrés

Stefanny Revelo Villota

Maribel Restrepo Mesa

Editorial: Editorial UNIMAR, Universidad Mariana

Fecha de publicación: Diciembre 2015

Páginas: 96

ISBN: 978-958-59072-2-5

Edición: Primera

Pie de imprenta: San Juan de Pasto, Universidad Mariana, diciembre 2015

Formato: Digital

Colección: Libros de Evento

Materia: Sustancias Psicoactivas

Materia de tópico: Abuso de sustancias

Materia de tópico: Psicología

Materia de tópico: Sustancias Psicoactivas

Palabras clave: Sustancias Psicoactivas, Psicología, Zona de Orientación Universitaria

País /Ciudad: Colombia/ San Juan de Pasto

Idioma: Español

Menciones: Ninguna

Visibilidad: Página web Editorial UNIMAR, Universidad Mariana <http://www.umariana.edu.co/EditorialUnimar/>

El libro se incluirá en el RILVI: Sí

Tipo de contenido: Memorias del Congreso Nacional para la Atención Integral e Integrada a personas relacionadas con el consumo SPA “Abordaje integral hacia la vida, la dignidad y la esperanza” Mayo 28 y 29 de 2015 Yacuanquer, Nariño, Colombia.

Universidad Mariana

Hna. **Amanda del Pilar Lucero Vallejo** f.m.i.

Rectora

Graciela Burbano Guzmán

Vicerrectora Académica

Hna. **Marianita Marroquín Yerovi** f.m.i.

Directora Centro de Investigaciones

Luis Alberto Montenegro Mora

Director Editorial UNIMAR

Editorial UNIMAR

Luis Alberto Montenegro Mora

Director Editorial UNIMAR

Luz Elída Vera Hernández

Revisión Final

David Armando Santacruz Perafán

Diseño y Diagramación

Comité Organizador

Julio Insuasty

Alcalde del municipio de Yacuanquer

Leny Gabriela Gómez

Directora Local de Salud de Yacuanquer

Ana Ximena Calvache

Programas Especiales Yacuanquer

Marleny Obando

Gerente ESE Salud YA

Sandra Yaneth Quiroz Coral

Docente programa de Psicología

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Universidad Mariana

Red ZOU Nariño

William Pineda Medina

Consejero en Drogas

Correspondencia

Editorial UNIMAR

Universidad Mariana

San Juan de Pasto, Nariño, Colombia

Calle 18 No. 34 -104

Tel: 7314923 Ext. 185

E-mail : editorialunimar@umariana.edu.co

Depósito legal

Biblioteca Nacional de Colombia Grupos Procesos Técnicos, Calle 24, No. 5 – 60 Bogotá D. C.

Biblioteca Central Gabriel García Márquez, Universidad Nacional de Colombia, Ciudad Universitaria, Carrera 45, No. 26 – 85 Bogotá D. C.

Biblioteca Luis Carlos Galán Sarmiento, Congreso de la República de Colombia, Dirección General Administrativa, Carrera 6, No. 8 – 94 Bogotá D. C.

Biblioteca Rivas Sacconi, Instituto Caro y Cuervo, Sede Centro, Calle 10 No. 4-69 Bogota D.C. y sede Yerbabuena, kilómetro 24 autopista Norte Bogotá D.C.

Centro Cultural y Biblioteca Julio Mario Santo Domingo, calle 170 No. 67-51 Bogotá D.C.

Parque Biblioteca España, Cra. 33B # 107ª-100, Medellín

Centro Cultural Leopoldo López Álvarez – Área Cultural del Banco de la República en Pasto, Calle 19 No. 21-27 San Juan de Pasto.

Biblioteca Hna. Elisabeth Guerrero N. f.m.i. Calle 18 No. 34 -104 Universidad Mariana, San Juan de Pasto.

Biblioteca Alberto Quijano Guerrero, Universidad de Nariño, Calle 18 Carrera 50, Ciudad Universitaria Torobajo, San Juan de Pasto.

Las opiniones contenidas en el presente libro no comprometen a la Editorial UNIMAR ni a la Universidad Mariana, puesto que son responsabilidad única y exclusiva de los autores.

Se autoriza la reproducción total o parcial del material aquí consignado, sin fines comerciales, siempre y cuando se cite la fuente respectiva.

Abordaje integral hacia la vida, la dignidad y la esperanza

Índice

Presentación	11
La Alternativa: Una ruta integral como propuesta de articulación frente a las tendencias de mercado William Pineda	16
Meta-modelo ECO2: Una propuesta para diseñar estrategias de atención integral para situaciones de sufrimiento social Juan Machín	30
Prevención Selectiva del Consumo de Alcohol y Cigarrillo: Programa Consentidos hacia un cambio cultural en el consumo de alcohol y cigarrillo en niños y adolescentes Diana Raquel Sierra Acuña	42
Sistematización de experiencias de la implementación del Modelo de Atención Integral al consumidor de Sustancias Psicoactivas en Nariño – MAISPA- Ana Karen Ceballos Mora	48
Sistematización de las experiencias de implementación de la Estrategia Zonas de Orientación Universitaria ZOU en San Juan de Pasto Sandra Yaneth Quiroz Coral, Jenny Alejandra Bastidas López, Karen Victoria Delgado Villacrés, Stefanny Revelo Villota	60
Yacuanquer, una mirada integral e integrada de la Salud Sandra Yaneth Quiroz Coral	82
Prevención y mitigación del consumo de SPA en entornos universitarios. Implementación de la primera fase de la Zona de Orientación Universitaria (ZOU) en tres universidades de Risaralda Maribel Restrepo Mesa	90

Presentación

Congreso Nacional para la atención integral e integrada a personas en situaciones relacionadas con el consumo de SPA “Abordaje integral hacia la vida, la dignidad y la esperanza” Mayo 28 y 29 de 2015 Yacuanquer – Nariño – Colombia

La Alcaldía municipal de Yacuanquer, en alianza con la Universidad Mariana y la Red ZOU Nariño, propone un escenario de diálogo en torno a experiencias de inclusión social, abordaje comunitario, atención integral, situaciones de alta complejidad que han tenido lugar a lo largo del territorio nacional, como una forma de transformación social y resignificación del tema de consumo, prácticas y abordajes.

Este encuentro de experiencias, que forma parte de un proceso iniciado por la estrategia Zonas de Orientación Universitaria (ZOU) implementada por la Universidad Mariana en el año 2013 y en coherencia con la lógica de trabajo articulado, intersectorial, e interinstitucional y de proyección social que sería acogido por el municipio de Yacuanquer a partir de la asesoría técnica para implementar dispositivos de bajo umbral: Zonas de Orientación Escolar (ZOE) y Centros de Escucha (CE), permite visualizar hoy esta propuesta integradora, que busca encontrar preguntas nuevas ante la dinámica cierta de un mundo en donde la droga y el consumo han sido determinantes, y su abordaje inadecuado ha creado daños que se debe resarcir, a partir del entendimiento y la disertación; por ello aparece como un ejercicio donde se analiza el debate y el cuestionamiento de nuestra mirada lineal, y a partir de ello se construye actos que acercan al fortalecimiento de las personas, las comunidades y los procesos.

1. Comité organizador

Coordinador/a general del evento:

Julio Insuasty, Alcalde del municipio de Yacuanquer

Leny Gabriela Gómez, Directora local de salud de Yacuanquer

Ana Ximena Calvache, Programas Especiales Yacuanquer

Marleny Obando, Gerente ESE Salud YA

Sandra Yaneth Quiroz Coral, Docente Universidad Mariana, Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, Programa de Psicología, Red ZOU Nariño.

William Pineda Medina, Consejero en drogas.

2. Objetivos

Objetivo principal:

Promover la construcción de un discurso y una praxis acorde con la estructuración de la política de drogas, como aporte a los esfuerzos nacionales e internacionales que vinculan la investigación y el desarrollo de un proceso que articula a partir de conceptos claves, la inclusión social, el desarrollo comunitario, la construcción de redes integrales e integradas, en una respuesta conjunta ante un cambio de paradigma frente a intervenciones asociadas con la problemática de SPA.

**"ABORDAJE INTEGRAL HACIA LA VIDA
LA DIGNIDAD Y LA ESPERANZA"**

**CONGRESO
NACIONAL**
PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA A PERSONAS
EN SITUACIONES RELACIONADAS
CON EL CONSUMO DE
SPA

**YACUANQUER
NARIÑO COLOMBIA**
IEM CONCENTRACIÓN DE DESARROLLO RURAL
(CDR)
MAYO 28 Y 29 2015
INFO: 3128938546 / 3152196802

<http://sparticulacion.blogspot.com/>
spa.atencionintegraleintegrada@hotmail.com

PONENTES NACIONALES E INTERNACIONALES



Objetivos específicos:

- Compartir experiencias relacionadas con inclusión social, abordaje comunitario para la reducción del consumo de SPA.
- Construir, activar relaciones.
- Cuestionar y enriquecer representaciones sociales relacionadas con las drogas, sus prácticas e imaginarios.
- Generar movilización social.
- Hacer parte del debate nacional y la construcción de política pública en el tema de drogas.
- Afianzar la implementación de ejes importantes de la política nacional de reducción de consumo de SPA y su impacto.

AGENDA DEL EVENTO

Congreso Nacional para la atención integral e integrada a personas en situaciones relacionadas con el consumo de SPA “Abordaje integral hacia la vida, la dignidad y la esperanza” Mayo 28 y 29 de 2015 Yacuanquer – Nariño – Colombia

JUEVES 28 DE MAYO

	Hora / Jornada de la mañana	ACTIVIDAD
	7.30 a 8.30	Inscripciones
	8.30	Instalación del evento
	8.40 a 9:00	Lectura de la Agenda de trabajo Himno nacional Palabras Alcaldía municipal: Julio Insuasty. Universidad Mariana MSPS UNODC Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito Ministerio de Justicia y el Derecho
	9:00 a 10	Ponencia 1, Juan Machín, México Meta modelo ECO2: una propuesta para diseñar estrategias de atención integral para situaciones de sufrimiento social.
	10:00 a 10:10	Presentación ZOE IEM CDR
	10.10 a 10.30	Receso
	10.30 a 11.30	Ponencia 2, Orlando Scopetta, Asesor en drogas del MSPS Situación del consumo en Colombia Avances de la PNRCSPA en Colombia
	11.30 a 11.40	Presentación ZOE IEM Chapacual
STAND	11.40 a 12.20	Ponencia 3, Albeiro Sotelo, Alcaldía Yacuanquer, Grupo juvenil Nueva Generación. La expresión juvenil: una herramienta de transformación social.
ZOE	12.20 a 1 pm	Ponencia 4, Diana Raquel Sierra Prevención del consumo de SPA en menores de edad Programa Consentidos
ZOU		
CE	1 pm a 2:00 pm	ALMUERZO
	Jornada de la tarde	
	2:00 a 2.50	Ponencia 5, Gustavo Campillo, Fundación RASA – Medellín La legislación una ruta para la inclusión.
	2.50 a 3:00	Presentación CE Chachagüí
	3:00 a 3.40	Ponencia 6, Disney Nino Castellanos, Oficina de las Naciones Unidas Contra La Droga y El Delito UNODC Sistema de atención integral e integrada para la atención al consumo de SPA - Integra SPA.
	3.40 a 4:00	Presentación ZOE SC - Chachagüí ZOE IENA Chachagüí
	4:00 a 4.40	Ponencia 7, Sandra Yaneth Quiroz Coral Yacuanquer. Una mirada integral e integrada de la salud Alcaldía Yacuanquer
	4.40 a 5:00	Receso
	5:00 a 5.40	Ponencia 8, Hernán Rosero Basante Programa de prevención de conductas de riesgo en jóvenes de 10 a 14 años: familias fuertes Chachagüí
	5.40 a 6.20	Cierre

VIERNES 29 DE MAYO

Hora / Jornada de la mañana	ACTIVIDAD
8 a 8.40	Ponencia 9, Ana Karen Ceballos Mora Sistematización de experiencias de la implementación del modelo de atención integral MAISPA Universidad de Nariño
8.40 a 9.20	Ponencia 10, Maribel Restrepo Mesa Zonas de Orientación universitaria. Pilotaje Risaralda Observatorio de drogas eje cafetero Pereira
9.20 a 10:00	Ponencia 11, Sandra Yaneth Quiroz Coral, Alejandra Bastidas, Karen Delgado, Stefani Revelo Sistematización de experiencias de la implementación del dispositivo ZOU Universidad Mariana
10.00 a 10.20	Receso
10.20 a 10.50	Ponencia 12, Adriana Mora Henao Creación de un modelo de intervención para mujeres adictas, con enfoque de género
10.50 a 11:00	ZOE IEM - Pedro León Torres
11:00 a 11.40	Ponencia 13, William Pineda Medina Ruta de atención integral e integrada desde APS Yacuanquer
11.40 a 12.20	Ponencia 14, Gonzalo Sosa, Ministerio de Justicia y del Derecho, Asesor Programa Familias Fuertes Programa de prevención universal para el consumo de SPA Articulación de diferentes sectores para la reducción del consumo de SPA.
Jornada de la tarde	Entrega de certificados Tour <i>Vive Nariño, viaja por él.</i>

3. Modalidades de participación:

Ponentes / Asistentes

Ponentes

El resumen de la ponencia deberá enviarse en el formato adjunto al siguiente enlace:

<https://drive.google.com/file/d/0B-UEel9HqEK6bmNHS1V1bjYtdGs/view?usp=sharing>

Importante: enviar hasta el domingo 26 de abril los resúmenes de ponencias al correo electrónico del evento: spa.atencionintegraleintegrada@hotmail.com

El viernes 8 de mayo se procederá con el envío de las cartas de aceptación o rechazo de ponencias – proceso a realizar vía correo electrónico-; aquellas personas a las que fuesen aceptadas sus ponencias deberán entregar el texto completo el día lunes 18 de mayo.

4. Inscripción y Pago: Gratuito

5. Beneficios de participación

Certificación de asistentes y ponentes.

* Las ponencias presentadas serán publicadas con el sello de la Editorial UNIMAR de la Universidad Mariana, y contarán con Registro ISBN

6. Información y contacto

Alcaldía municipal de Yacuanquer, Tel. 3128938546 - 3152196802

Universidad Mariana, Tel. 7314923, Ext. 0

7. Horario

Jueves 28 de mayo de 8 a.m. a 6 p.m.

Viernes 29 de mayo de 8 a.m. a 1 p.m.

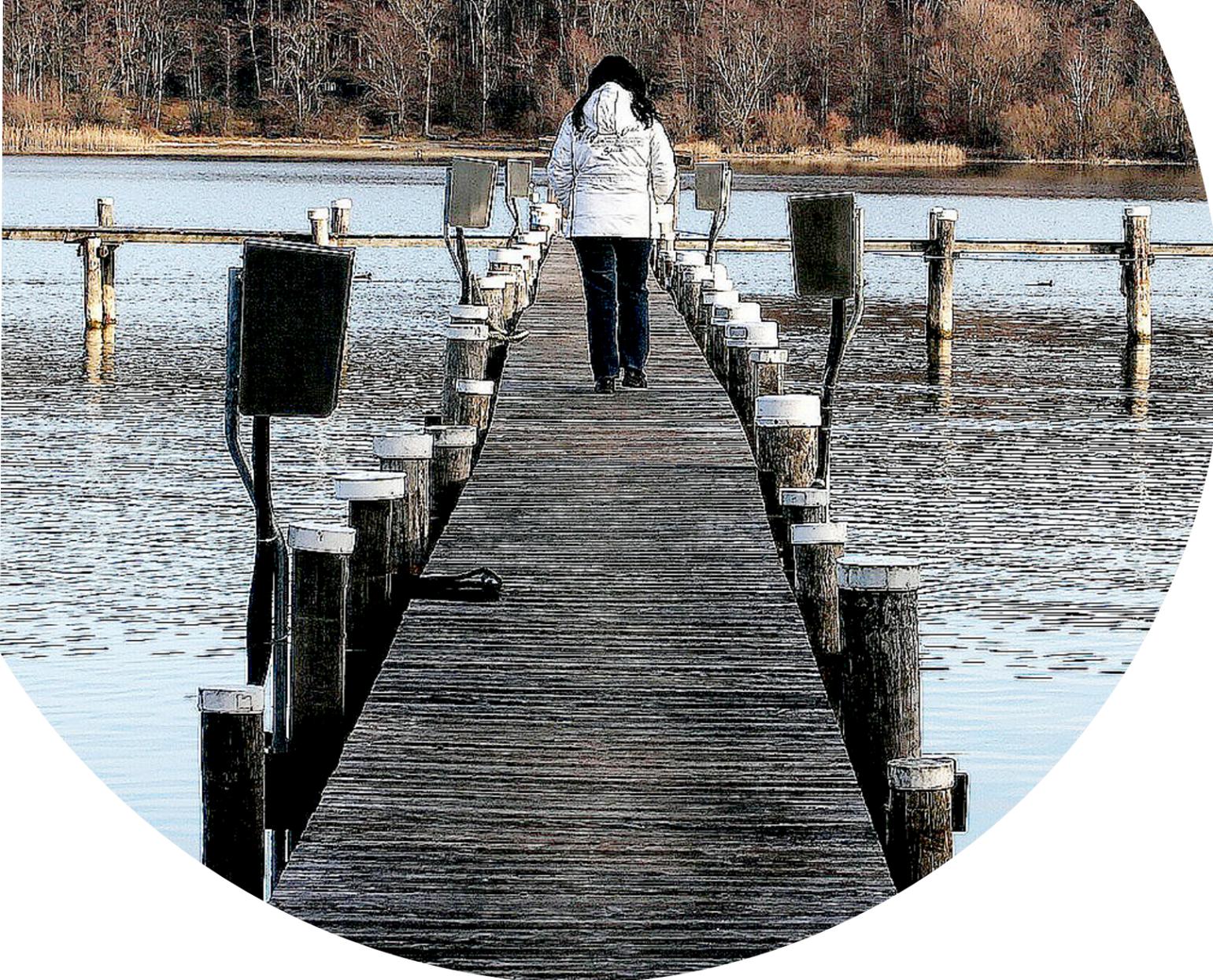
8. Inscripciones: el mismo día del evento de 7.30 a.m. a 8.30 a.m. (Único espacio).

ÚNICAMENTE quien esté inscrito y presente los soportes de asistencia al 75% del congreso recibirá la certificación.



Alcaldía Municipio de Yacuanquer

Nariño – Colombia



Legítimamente, le pedimos al pensamiento que disipe las brumas y las oscuridades, que ponga orden y claridad en lo real, que revele las leyes que lo gobiernan. El término complejidad no puede más que expresar nuestra turbación, nuestra confusión, nuestra incapacidad para definir de manera simple, para nombrar de manera clara, para poner orden en nuestras ideas.

Morin (1994)

A manera de manifiesto...

La dinámica de las tendencias de mercado ha creado en nuestra comunidad una desestructuración de las relaciones, las redes, la comunicación y la salud, como parte de las propuestas de manejo del poder que se construye alrededor de los mercados, desde políticas a donde la acumulación del capital, la globalización y las macroeconomías son propuestas como respuestas a las necesidades de la población.

En el caso de la droga, nos encontramos en una coyuntura en la cual no es posible ignorar o dejar de lado el concepto de tendencias de mercado.

El concepto político-económico que nos signa está determinado por la oferta y la demanda de un producto que está en promoción continua y que responde a proyecciones que van más allá de la dinámica de adicción que les compone: la libertad de mercadeo, la acumulación de capital, el manejo de medios.

La salud no es prioritaria; el mercado de ésta, sí; el derecho, menos; se pasa de las agresiones manifiestas a las sutiles, acogedoras, mediáticas, manipuladoras; el sistema tiene el mismo carácter del individuo: sofocado, enajenado, pervertido y como un héroe de *mass media*. Titán contra el mundo, en una soledad poblada de irrealidades y saturada de verosimilitudes.

La guerra declarada a las drogas; un *shock* necesario para mesmerizar las mentes; las poblaciones y los mandatarios, subyugados todos ante el crecimiento inusitado de los artificios de la violencia, poblaciones volcadas ingresando en medio de la necesidad/oportunidad de mejorar el poder adquisitivo, con los artilugios bélicos de generales, guerrilleros, paramilitares, narcotraficantes, empresarios, mandatarios, tramitadores, banqueros, intermediarios, políticos, reinas y latifundistas.

La edad del oro y el derroche, y *La vida no vale nada, Nada vale la vida*, como en el viejo corrido mexicano, el Macondo desbordado; Aurelianos tapizando de dólares las paredes de casas, palacios y emporios; la lucha por el mercado, sucediéndose en medio de impunidades conocidas, consentidas, aceptadas y promocionadas.

Un gigante desbordado y estructural; en Colombia, Aristocracia y Feudo sucedido en el poder tras masacres bananeras; esmeraldas, oros, recursos y ambientes devastados, y una horda de incautos en la base de la pirámide.

Entre cadáveres, historias y desmanes, en una precaria situación que borran temporalmente, con la delicia que produce la “Bareta”, el “perico” y Ohhh gloria de glorias, la heroína salvadora...

Y así se cierra el círculo; el ciclo del alma impuro del mercado de la droga; de nuevo se vierte el capital desangrado que recorre en calles, delinquiendo, desestructurado y desestructurando; la familia, la comunidad, todos llenos de desesperanza, pues aparece el impacto del *shock*, presente al inicio de la cadena, repercutiendo en el más débil eslabón de ésta, nuestra juventud ansiosa.

La Alternativa: Una ruta integral como propuesta de articulación frente a las tendencias de mercado

William Pineda
(Consejero en Drogas)

1. Introducción

Una hipótesis

Las tendencias de mercado gobiernan las tendencias culturales y están en el centro de una política global que enmarca la producción, el tráfico y el mercado de las sustancias psicoactivas y a la vez determinan las políticas sociales en que se mueven las poblaciones.

El mercado de la droga atenta contra la salud del sistema y por ende contra la salud de las comunidades, pues el individuo queda en esa condición: aislado, enajenado y/o alienado y escindido de su grupo social y de sus imaginarios culturales.

La reconstrucción de tejido social implica cambiar la lógica en torno al concepto de salud y bienestar, e implica cambiar de Tendencia de Mercado a Sentido de Vida, en una praxis comunitaria en la cual la empresa determinante de la mejoría de la calidad de vida, no se sitúe en las especializaciones única y exclusivamente, sino -y de manera prioritaria- en la relación de los procesos de integración comunitaria, como respuesta a la escisión, la desesperanza y el Caos que genera la pérdida de pertenencia y el cambio de valores.

Para el mundo es claro que los cambios en la mirada, por medio de la cual se determina la intervención a la problemática social que se relaciona con el tema de sustancias psicoactivas ha rebasado la simplicidad de un argumento armamentista y punitivo en el cual se presupuestaba que se refería a una situación controlable, mediante la represión y las estrategias intervencionistas, que permitieron construir unas políticas que eran determinadas de manera vertical por los poderosos países consumidores.

De igual manera, y paralelo a esto, respondían a políticas de laboratorio sobre los países productores mediante una mirada neoliberal compleja, en la cual la liberación de la competencia de mercados y la minimización de la intervención de los estados en estas tendencias, minaron de manera relevante el estado de la salud, y determinarían las circunstancias en las que vivimos y convivimos.

Ya dejó de ser un *problema* de consumidores, delincuentes, enfermos y adictos compulsivos, estratificados en un espacio específico de la organización social, pasando a ser invasiva la respuesta, permeando de hecho cada una de las esferas en que se mueven las dinámicas de nuestra sociedad.

Se trata de una propuesta lucrativa que responde de manera efectiva a la acumulación de capital, producción de bienes, generadora de una situación específica en relación con la propuesta consumista desbordada que se promueve desde las propias raíces y fundamentos del libre comercio, legitimado por la gran abundancia de capitales y de ganancias inusitadas, que en últimas justifica la proliferación de las sustancias, sus usos, sus mercadeos, determinando los diversos estilos de vida adictivos que producen con su bonanza.

Un sistema complejo en que la prioridad es la tendencia de mercado que determina por medio de ello un estilo de vida que ha generado una relación con la producción, el procesamiento, el tráfico y el fin último generador de capitales, la promoción de un consumo desbordado que no repara en los medios concebidos, para dar la nutrición a este sistema económico que se reproduce en abundancias, superávits y efectividad.

Una enfermedad colectiva, una atrofia en los valores, la ética y el sentido que promueve la calidad de vida de nuestros presupuestos como humanidad, responsable de sistemas, ecosistemas y comunidades.

Una deleznable justificación

El ser humano se ha fracturado, e impávido se somete a estas políticas, en una práctica de reconstrucción de valores y éticas perversas que rayan con modelos de supervivencia que dejan como única opción, ingresar entre incautos y astutos, al beneficio de un mercado que los mesmeriza y les llena de avidez, de vacío y compulsión. Si no... ¿De qué otra manera podríamos entender y justificar el derrame de violencias consentidas, involucramientos ciudadanos, beneficios empresariales, saturaciones comerciales y victimización de comunidades?

El severo impacto para la imposición de este mercado presupuesta una violencia agreste, implacable, devastadora, atemorizante, que como en cualquier experimento de laboratorio Friedmaniano¹ deja listo el conejillo para la reestructuración de conducta, pensamiento y programación.

Una consecuencia devastadora

A raíz de esta ordalía provocada, los detentadores de los medios de producción, políticos, empresarios, banqueros, latifundistas, construyen mecanismos de amedrentamiento, sometimiento y sujeción, para que la efectividad de la tendencia de este mercado se genere sin medir consecuencias sobre la salud pública, y responden a una propuesta económica que les justifica sus acciones; soportan todo el ciclo del mercado, que va desde el cultivo, hasta la comercialización y la legitimización de sus ilícitos, dejando una estela compleja de exclusión social, marginalidad, dependencia, impunidad, corrupción y aislamiento del individuo en una soledad de corte kafkiano.

Inermes ante una lógica tan estructural, se somete a un cambio de valores a las poblaciones que responden a esta premeditada y maquiavélica promoción de un Estado impuro dentro del Estado, a contramano de la carta fundamental de Derechos Humanos, la Constitución Política y todas las legislaciones que puedan promover al ser humano como centro de la misión de las políticas públicas de nuestros estadistas.

El experimento es efectivo; su lógica funcionó; están abocados a la enajenación nuestros conciudadanos; el mercado reina; el consumo se desborda; los dividendos crecen y se autorregulan; la maquinaria es eficiente y domina; se construye emporios, se adecúa leyes; se independiza el ejercicio y, doblegados mandatarios determinadores responden a una legislación que es netamente mercantilista.

La avidez no escatima recursos, materia prima ni vidas humanas; la conexión es tan compleja que incluye armas, métodos de amilanar, cárteles, tecnificación, medios de seducción. Y ya este mercado de drogas, pasa a ser invasor en toda una construcción social, en la cual se incluye todas las economías lícitas e ilícitas que van desde las mineras legales e ilegales, hasta los transgénicos, la industria farmacéutica y la instauración de hegemónicas dictaduras de nueva data, con sucesiones en el poder de facilitadores corruptos, de este gran milagro de economía perversa y maquiavélica.

El *individuo carente* y ahora si generado “individuo escindido y alienado”, desvinculado de sus articulaciones comunitarias, sociales y familiares -hay que producir, cueste lo que cueste-; se necesita consumir para ser un sistema que lo valida en el tener, en el producir; su relevancia se limita a la voracidad de una promoción de mercancía que le genera vacío, ansiedad y compulsión, al ser poseído por ella y sus imaginarios.

¹ Se refiere a Milton Friedman, Economista, promotor de las políticas neoliberales en el mundo, ejecutor del experimento chileno en tiempos de Pinochet y otros más.

En consecuencia, las normas y procesos regulatorios que rigen la producción y el tráfico, son los que imponen los propios delincuentes; y la única competencia que puede existir para que el negocio prospere y se expanda, es la violencia. Ese conjunto de actividades ilícitas destinadas a permitir el acceso a las sustancias prohibidas son también parte del “Problema de las Drogas”.

Un Dilema de Sentido

Como seres gregarios e interdependientes entre sí, se construyó el mundo del ahora; entre la relación que propició la comunicación y el afecto, el hombre significó y se permitió ir más allá, en medio de rituales que cohesionaron imaginarios y sentidos. En cada uno de los sistemas mitológicos que a lo largo de la historia y de la prehistoria han sido propagados por varios rincones de la tierra, dos comprensiones fundamentales –la inevitabilidad de la muerte individual y la permanencia del orden social- se han combinado simbólicamente y han constituido la fuerza nuclear estructurada de los ritos y por tanto de la sociedad (Campbell, 1994).

El saberse parte de un sistema relacional significativo con unas condiciones de afecto, diálogo y funcionalidad, ha permitido a la sociedad construir una norma con sentido, proveyendo una riqueza que sustenta la permanencia y la posible trascendencia a lo simbólico, para perpetuar la existencia del otro en el uno; una satisfacción sólo posible en la resolución de la contingencia cotidiana, en la que cada quien representa un papel fundamental en proveer una posibilidad de bienestar, integrados a un sistema complejo en el lleno de necesidades reales con soluciones sostenibles y con capacidad de afrontar el cambio de un paradigma social.²

El hombre tiene la capacidad de criticar sus sistemas de relaciones y de retomar, a partir de nuevos planteamientos, reconstruyendo una experiencia que por evidencia le ha permitido la supervivencia.

Por ello no es ilusa la propuesta de reconstruir el tejido social desde la base; articular las rutas con sentido; como dice Zabala (2009):

El principio social es gregario por naturaleza; éste se impone desde la debilidad biológica de los miembros de una especie frente a la superioridad de otras; el pensamiento humano hace de la fuerza gregaria una sumatoria que supera cualquier otra fuerza natural.

...soñando que este principio sea aplicable entre los de nuestra misma especie.

A modo de Coda

Existen supra-estructuras determinándonos y, ahora que las conocemos, es estúpido seguir haciendo lo mismo ante tanta devastación; es volver a las raíces de ser felices con lo único que llevaremos puesto.

Un sistema que nos corroe, pero que nos insta a sacar desde nuestro ser el gregarismo natural a juntarnos nuevamente desde la base comunitaria y recordar que a pesar del aislamiento y los golpes recibidos, no podemos tragar entero; aceptar quedarnos solos es comulgar con lo que nos hace daño; ya lo vivimos y sabemos el dolor que eso provoca y las pérdidas que implica; lo vulnerables que somos.

² Generalización de la definición de Kuhn del paradigma científico hecho por Capra (1998, p. 27): “Una constelación de conceptos, valores, percepciones y prácticas, compartidos por una comunidad, que conforman una particular visión de la realidad, que a su vez, es la base del modo en que dicha comunidad se organiza”.

Retomarnos como familia, en común unidad, analizando y evaluando cada paso en un territorio minado de egoísmos y de formas enmascaradas de poder, nos lleva a ser sigilosos en el andar, a sembrar en las pequeñas generaciones el cuidado de sí, a amar la naturaleza, a promulgar con ahínco en nuestras casas espacios de risas, de lecturas, de tareas colectivas; a remover en nuestro ser y a acoger a las personas más golpeadas por este *shock*, aceptando que sus pérdidas también son las nuestras, pues por un momento negociamos la vida por teneres; acogerlas con calidez porque estuvieron al frente del pelotón y se fue cargando su ser que se corrompió ante tanto derroche de placer efímero y cortante.

Recordar el sentido de la vida, juntar recursos disueltos que siguen estando ahí, desde lógicas de hermandad, de sanidad individual que será también social y comunitaria, es lo que busca la ruta de atención integral e integrada.

La búsqueda de modelos de atención de salud más equitativos e integrales no es nueva

Hemos adquirido conocimientos sin precedentes sobre el mundo físico, biológico, psicológico, sociológico. La ciencia ha hecho reinar, cada vez más, a los métodos de verificación empírica y lógica. Mitos y tinieblas parecen ser rechazados a los bajos fondos del espíritu por las luces de la Razón. Y, sin embargo, el error, la ignorancia, la ceguera, progresan, por todas partes, al mismo tiempo que nuestros conocimientos.

Morin (1994)

Es evidente el tema de la forma de impactar la salud: se ha tenido en la actualidad un conocimiento y una claridad para construir un sistema adecuado para entender que debe ser abordado desde una lógica aplicada con base en diagnósticos contextuales, desde un bajo umbral, habilitando saberes y conocimientos en manos de las comunidades y con la complejidad de una ruta específica que permita dinamizar las atenciones y cualificar los procedimientos, bajo una mirada que se ha construido a partir de consensos mundiales y que ya en 1978, a partir de la declaración de Alma-Ata, se determinaba que debía mantenerse mediante un sistema integrado, funcional y de sistemas de referencia, conduciendo al mejoramiento progresivo y comprensivo de la atención sanitaria integral para todos.

Y así, sucediéndose en una escala sincrónica, según la Organización Panamericana de la Salud OPS (2010), se avanzó con base en la evidencia de la gran necesidad de articular la respuesta más allá de las especializaciones, hasta construir un esquema claro en el cual aparecieron como barreras complejas la desarticulación, la fragmentación y las dificultades en compartir lenguajes comunes, tomando en cuenta las más evidentes. Los modelos de atención de salud deben fomentar el establecimiento de redes de atención de salud y coordinación social que velen por la continuidad adecuada de la atención.

La Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 (OPS, 2010, p. 16) expresa que se debe “fortalecer los sistemas de referencia y contra referencia y mejorar los sistemas de información a nivel nacional y local de modo de [sic] facilitar la prestación de servicios comprensivos y oportunos”.

Por su parte, en la XVII Cumbre Iberoamericana de Ministros de Salud (OPS, 2010, p. 16) se manifestó la necesidad de “desarrollar redes de servicios de salud basadas en la atención primaria, de financiamiento público y cobertura universal, dada su capacidad de aminorar los efectos de la segmentación y la fragmentación, articulándose con el conjunto de las redes sociales”.

Spinelli acota:

Las organizaciones públicas son organizaciones de baja responsabilidad, donde domina la improvisación; donde nadie pide cuentas y nadie rinde cuentas; donde se desconoce la posibilidad de establecer sistemas de petición y rendición de cuentas. Todo es asumido como natural y por lo tanto, el político exagera la cultura del hombre práctico, lo cual termina con un escenario de mucha micro-política (micro-poderes, rencillas, pequeños honores, entornos) con muy poca macro-política (abordaje de los problemas de la gente). Todo el esfuerzo está puesto en conquistar el poder (conflicto de intereses) y poco o nada en resolver los problemas de gobernar (conflicto cognitivo). Ese pragmatismo impregna las acciones del gobierno y lo deja preso de las urgencias, de las improvisaciones, de los rituales burocráticos y protocolares. Se pierde así el capital político acumulado y, la sensación de imposibilidad de cambiar el aparato de gobierno está más que generalizada entre quienes han pasado por una experiencia de gestión/gobierno.³

...dejando en claro que el conocimiento y las acciones de difusión de éste, a partir de los consensos convocados desde la Organización Panamericana de la Salud –OPS- y de la Organización Mundial de la Salud –OMS- determinaban que en los Estados, los protocolos de salud y las políticas públicas en salud deberían tomar en cuenta estas observaciones y generar su aplicabilidad en los diferentes territorios.

Se trata de la tarea compleja de implementar en nuestro entorno, las directrices de la OMS en relación con la Atención Primaria en Salud, con todas las evaluaciones y renovaciones, más las experiencias de los terrenos específicos de su ejercicio.

Los previos y fundamentales

Nada ha sido más ejercido de una manera espontánea y que cause curiosidad e inquietud, que la visión en la cual se contempla a la salud desde una óptica integral e integrada; las dificultades en los manejos de la empresa de salud han generado que no se aminore la carga de salud/enfermedad en nuestro planeta.

La participación activa en la promoción de la salud implica, según se recomendaba en la Carta de Ottawa (1986): “la elaboración de una política pública sana, la creación de ambientes favorables, el reforzamiento de la acción comunitaria, el desarrollo de las aptitudes personales, y la reorientación de los servicios sanitarios”. En el 2008, de acuerdo con la Organización Mundial de la salud y la Comisión sobre Determinantes Sociales, se recomendaba alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los mismos: “mejorar las condiciones de vida, luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones”.

Y en un documento muy actual, y de manera específica y juiciosa, el Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas (IDPC, por sus siglas en inglés), sugiriendo sobre la construcción de políticas de drogas, recomendaba como principios fundamentales:

1. Las políticas de drogas deberían ser desarrolladas mediante una evaluación estructurada y objetiva de las prioridades y las pruebas empíricas,
2. Todas las actividades deberían ser desplegadas en plena conformidad con las normas internacionales de derechos humanos,
3. Las políticas de drogas deberían estar centradas en reducir las consecuencias nocivas de las drogas y no en las dimensiones del consumo y los mercados de estas sustancias,
4. Las políticas y actividades deberían perseguir el fomento de la integración social de grupos marginalizados, y no centrarse en medidas punitivas con respecto a ellos,
5. Los gobiernos deberían construir relaciones abiertas y constructivas con la sociedad civil para debatir y desarrollar sus estrategias,

...herramientas suficientes para implementar una serie de estrategias en el cambio de mirada frente a la manera de afrontar las situaciones relacionadas con el uso, el abuso y la dependencia a las sustancias psicoactivas y todas las problemáticas derivadas por la relación con la tendencia económica que ésta representa para los Estados.

En nuestra Nación

Marco normativo que posibilita la implementación de una ruta de atención integrada e integral

A continuación se cita el marco normativo en relación con la intervención a las situaciones asociadas a las sustancias psicoactivas SPA en el país:

1. Presidencia de la República de Colombia. (2013). Decreto 0658 de Abril 05 de 2013, “por el cual se expide el cronograma de reglamentación e implementación de la Ley 1616 de 2013”. Bogotá. Recuperado de: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Decretos/2013/Documents/ABRIL/05/DECRETO%20658%20DEL%2005%20DE%20ABRIL%20DE%202013.pdf>
2. Congreso de Colombia. (2013). Ley 1616 de enero 21 de 2013 “por medio de la cual se expide la Ley de Salud Mental y se dicta otras disposiciones”. Bogotá. Recuperado de: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201616%20DEL%2021%20DE%20ENERO%20DE%202013.pdf>
3. Congreso de Colombia. (2012). Ley 1566 de julio 31 de 2012 “por la cual se dicta normas para garantizar la atención integral a personas que consumen SPA”. Bogotá. Recuperado de: https://www.unodc.org/documents/colombia/Documentostecnicos/Ley_1566.pdf
4. Congreso de Colombia. (2011). Ley 1438 de enero 19 de 2011 “por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dicta otras disposiciones”. Bogotá. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/Normatividad/LEY%201438%20DE%202011.pdf>
5. Comisión Nacional de Reducción de la demanda de drogas. Plan Nacional de Reducción de Consumo de Drogas 2009 – 2010. Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá. Recuperado de: http://www.cicad.oas.org/Fortalecimiento_Institucional/savia/esp/Plan%20NacionalColombia20092010.pdf

Se asegura que lo planeado da respuesta a las necesidades más urgentes definidas por departamentos y municipios, tanto como a los factores de vulnerabilidad detectados para cada uno de los cuatro ejes operativos de la PNRCSA: prevención, mitigación, superación y capacidad de respuesta. De esta forma, no sólo se asegura una construcción ascendente de la política completando el ciclo, sino que se da soporte desde el nivel central a las iniciativas que surjan desde lo departamental, local y comunitario, en particular las que se integran estratégicamente a los planes departamentales y municipales de reducción del consumo de SPA. El Plan Nacional propone acciones en tres de las manifestaciones más claras del problema: la del no consumo y la alta vulnerabilidad al mismo, la del consumo activo y problemático y la de la superación de la dependencia a partir del tratamiento, la rehabilitación y la inclusión social definitiva y sostenible de quienes han abandonado su consumo.

6. Ministerio de la Protección Social, UNODC, RAISS Colombia, Corporación Viviendo. (2009). Modelo Zonas de Orientación Escolar –ZOE- Recuperado de: <http://www.spacio.gov.co/proyectos/todo/ATT1395172955.pdf>

³ Aparte extractado del Documento “Taller Latinoamericano sobre determinantes de la salud” (2008)

Una Zona de Orientación Escolar es un espacio relacional y en ocasiones físico en donde se establece servicios y acciones de acogida, escucha activa, acompañamiento, atención, asistencia, terapia, formación y capacitación orientados a los miembros de la comunidad educativa con el propósito de reducir la exclusión social y la deserción escolar, mejorar la calidad de vida de los actores que la integran y de prevenir situaciones de vulnerabilidad. Integra en su funcionamiento a diversos actores pertenecientes a la comunidad educativa, a las redes institucionales y los miembros de la comunidad local que la rodea.

7. Ministerio de la Protección Social. República de Colombia. (2008). Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto. Recuperado de: http://www.territoriolibredespa.com.co/files/13__ESTRATEGIA_PARA_PREVENCION_DE_CONSUMO_DE_SPA.pdf

Este documento es producto de un amplio proceso de concertación y discusión, el cual se encarga de concretar en sus líneas de acción y en sus principios, el camino elegido por el país; es decir, la carta de navegación para dar respuesta completa, oportuna e integrada al consumo de SPA y sus consecuencias.

8. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. (2008). Resolución 0425 de febrero de 2008 “por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del plan de salud territorial”. Bogotá. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/Normatividad/RESOLUCI%C3%93N%200425%20DE%202008.pdf>
9. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. (2007). Decreto 3039 de 2007 “por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010”. Bogotá. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/Normatividad/DECRETO%203039%20DE%202007.PDF>

El documento propone:

- Adaptar los planes territoriales a la política nacional de salud mental y de reducción del consumo de sustancia psicoactivas en el 100% de las entidades territoriales.
- Conformar mecanismos de coordinación y articulación local intersectorial para la formulación y seguimiento de las políticas y planes de salud mental y de reducción del consumo de sustancias psicoactivas.
- Incorporar el componente de salud mental y de reducción del consumo de sustancias psicoactivas en otros programas sociales y de salud pública relevantes tales como: Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI, Familias en acción, Comedores comunitarios, Programas de crecimiento y desarrollo, Escuelas de familia y Escuelas saludables, Programas para desplazados.
- Promover la conformación de una red comunitaria en salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas.
- Fortalecer la vigilancia de los eventos más prevalentes en salud mental, consumo de sustancias psicoactivas y violencia.
- Promover actividades de capacitación en salud mental y reducción de consumo de sustancias psicoactivas.

- Implementar guías de atención integral para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas.
10. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. (2007). Hacia un Modelo de inclusión social para personas consumidoras de sustancias psicoactivas. Bogotá. Recuperado de: <http://www.descentralizadrogas.gov.co/pdfs/estrategias-y-programas/mitigacion/Modelo-inclusion-social-para-consumidores-SPA.pdf>

El modelo de inclusión social para personas que presentan consumo problemático de sustancias psicoactivas (SPA) y de aquellas que han asumido procesos de tratamiento y rehabilitación, o se encuentran en situaciones de alta vulnerabilidad social, integra un conjunto de conceptos, principios, estrategias, actores, procedimientos e instrumentos que servirán de orientación y facilitarán la generación de condiciones que propicien el desarrollo social y humano de las personas, las organizaciones y las comunidades afectadas por dichos consumos, quienes a su vez aportarán para construir formas de participación que hagan posible el ejercicio de sus derechos y rescaten la dignidad humana.

11. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. (2006). Resolución 1315 de abril 25 de 2006 “por la cual se define las condiciones de habilitación para los Centros de Atención en Drogadicción y servicios de farmacodependencia, y se dicta otras disposiciones”. Bogotá. Recuperado de: <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/RESOLUCION%201315%20DE%202006%20-ANEXO%20T%C3%89CNICO%20No.%201.pdf>
12. Congreso de Colombia. (2006). Ley 1098 del 2006 “por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia”. Bogotá. Recuperado de: <http://es.slideshare.net/albapiedad/ley-1098-de-2006-codigo-de-infancia-y-adolescencia>.
13. Ministerio de la Protección Social. (2005). Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud – 2005. Bogotá. Recuperado de: <http://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Documents/Politica%20Nacional%20de%20Prestaci%C3%B3n%20de%20Servicios%20de%20Salud.pdf>

Este documento está relacionado únicamente con indicadores de prestación de servicios a nivel institucional.

14. Congreso de Colombia. (2002). Ley 745 de 2002 “por la cual se tipifica como contravención el consumo y porte de dosis personal de estupefacientes o sustancias que produzcan dependencia, con peligro para los menores de edad y la familia”. Bogotá. Recuperado de: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=14166>
15. Presidencia de la República de Colombia. (1994). Decreto 1108 de 1994 “por el cual se sistematiza, coordina y reglamenta algunas disposiciones en relación con el porte y consumo de estupefacientes y sustancias psicotrópicas”. Bogotá. Recuperado de: www.mincit.gov.co/descargar.php?id=73045

El Decreto tiene por objeto sistematizar, coordinar y reglamentar algunas disposiciones de los Códigos del Menor, Nacional de Policía, Sanitario, Penitenciario y Carcelario, Sustantivo del Trabajo y Nacional de Tránsito Terrestre, y otras normas que establecen limitaciones al porte y al consumo de estupefacientes y sustancias psicotrópicas, y fijar los criterios para adelantar programas educativos y de prevención sobre dicha materia. En desarrollo del artículo 10 de la Ley 30 de 1986, las estaciones de radiodifusión sonora y las programadoras de televisión que operen en el país, deberán difundir campañas destinadas a combatir el tráfico y consumo de drogas.

16. Congreso de Colombia. (1994). Ley 124 de 1994 “por la cual se prohíbe el expendio de bebidas embriagantes a menores de edad, y se dicta otras disposiciones”. Bogotá. Recuperado de: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=291>

La persona mayor que facilite las bebidas embriagantes o su adquisición será sancionada de conformidad con las normas establecidas para los expendedores en los Códigos Nacional o Departamental de Policía.

17. Congreso de Colombia. (1979). Ley 9 de 1979 “por la cual se dicta medidas sanitarias”. Bogotá. Recuperado de: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0009_1979.html

18. Congreso de Colombia. (1986). Ley 30 de 1986 “por la cual se adopta el Estatuto Nacional de estupefacientes y se dicta otras disposiciones”

El documento presenta definiciones de los tipos de droga y su efecto. El Consejo Nacional de Estupefacientes, de acuerdo con las normas que para el efecto expida el Ministerio de Salud, señalará las drogas y medicamentos de que trata la presente ley, que puede importarse, producirse y formularse en el país y, los laboratorios farmacéuticos que las elaboren o produzcan de las plantas, de conformidad con las disposiciones del presente estatuto. El Consejo Nacional de Estupefacientes, en coordinación con otras entidades gubernamentales, promoverá y reglamentará la creación y funcionamiento de comités cívicos, con la finalidad de luchar contra la producción; tráfico y consumo de drogas que produzcan dependencia. Ejercerán el control de la importación, fabricación y distribución de sustancias que producen dependencia.

Sumándole a todo lo anterior, la Resolución 518 del 24 de febrero de 2015 que provee recursos desde el Plan de Intervenciones Colectivas para las estrategias de bajo umbral de los dispositivos ZOE y CE, recursos jurídicos suficientes para el desarrollo de un proceso coherente en el país de las leyes.

No ha sido vano el trabajo comprometido que ha permitido la construcción de redes y planes territoriales de reducción de demanda de SPA, a lo largo y ancho del país; se ha promocionado formaciones y entrenamientos de un gran valor, pues de igual manera es muy complejo cambiar la mirada y el paradigma con el cual estábamos visualizando las situaciones relacionadas con el uso de las SPA. Hoy en día se tiene TREATNET, Programa de Formación CRIC, pasantías, implementación de planes territoriales, construcción de planes para la reducción del daño, Planes para IDU, Mantenimiento con metadona, habilitación de CADS. Los diálogos nacionales y ahora la gran apertura del Ministerio de Justicia y del Derecho, en conjunto con el Ministerio de Salud y la Protección Social, han permitido construir conjuntamente un proceso en el cual se articula de manera idónea respuestas para el país.

Un modelo de ruta integral e integrada en la propuesta que confiere sentido al trabajo comunitario e institucional



La propuesta busca conferir sentido a la integración de los saberes y a la articulación de los recursos tanto institucionales como comunitarios, y que responden a un proceso de organización comunitaria en la cual están en juego las estrategias de un plan integrado de formación y entrenamiento, pues el conocimiento es poder y se hace necesario conferirlo a los pares, agentes comunitarios, agentes en salud, y de igual manera, a los funcionarios de las instituciones de salud y de las administraciones municipales, para que con lenguajes comunes se avance en la dinamización de la atención a partir de esta propuesta de ruta integral e integrada.

Referencias

- ALAMES - Asociación Latinoamericana de Medicina Social. (2008). Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud. Documento para la discusión. Recuperado de: www.medecinsdumonde.org/content/download/1864/14305/file
- Campbell, J. (1994). *Los Mitos. Su impacto en el mundo actual*. Barcelona, España: Editorial Kairós.
- Capra, F. (1998). *La trama de la vida. Una nueva perspectiva de los sistemas vivos*. Barcelona: Editorial Anagrama.
- Carta de Ottawa. (1986). Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Recuperado de: <http://www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/carta.pdf>
- Consortio Internacional sobre Políticas de Drogas. (2012). Guía sobre políticas de drogas. Recuperado de: http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/planesnacionales/docs/Guia_politicas_drogas_SPA.pdf
- Insulza, J. (2013). El problema de las drogas en las Américas. Informe Analítico OEA. Recuperado de: http://www.oas.org/es/centro_noticias/comunicado_prensa.asp?sCodigo=C-194/13
- Morin, E. (1994). *Introducción al Pensamiento Complejo*. Barcelona, España: Gedisa
- Organización Mundial de la Salud y Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. (2008). Subsanan las desigualdades en una generación. Recuperado de: http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf
- Organización Panamericana de la Salud OPS (2010). *Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su implementación en las Américas*. Recuperado de: http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=145&Itemid=250
- (2007). La Renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, D.C. Recuperado de: http://www.academia.edu/10854664/La_Renovaci%C3%B3n_de_la_Atenci%C3%B3n_Primaria_de_Salud_en_las_Am%C3%A9ricas
- Spinelli, H. (s.f.). La acción de gestionar y gobernar frente a las desigualdades: un nuevo punto en la agenda del pensamiento crítico en América Latina. Recuperado de: www.medecinsdumonde.org/content/download/1864/14305/file
- Zabala, G. (2009). *La ensoñación de los Saberes*. Cali Colombia: Universidad Libre de Colombia.

Abordaje integral hacia
la vida, la dignidad y la esperanza



Meta-modelo ECO2: Una propuesta para diseñar estrategias de atención integral para situaciones de sufrimiento social

Juan Machín¹

Centro Cáritas de Formación para la atención de las farmacodependencias y situaciones críticas asociadas A.C.

¹ **Síntesis curricular:** Formación en la acción para la intervención en situaciones de sufrimiento social, Especialización en educación para políticas de desarrollo por el Instituto Mora y la Universidad de California del Sur, Director general, investigador y docente del Centro Cáritas de Formación para la Atención de las Farmacodependencias y Situaciones Críticas Asociadas A.C., Socio fundador de Cultura Joven A.C., la Red Mexicana de Organizaciones que intervienen en Situaciones de Sufrimiento Social (REMOISSS) y de la Red Americana de Intervención en Situaciones de Sufrimiento Social (RAISSS). Pintor, fotógrafo, promotor cultural, investigador y docente universitario desde 1987 en diversas asignaturas y modalidades en diferentes tiempos y lugares. Publicaciones más recientes: (1) Machín, Juan "Análisis de Redes Sociales para la intervención comunitaria en Situaciones de Sufrimiento Social" en: Paredes, Alejandro (comp.) "Redes Sociales: Análisis e intervención psicosociales", Editorial Universidad del Aconcagua, Ciudad Mendoza (Argentina), 2012. (2) Machín, Juan "Jóvenes y desarrollo: un binomio cambiante" en: Kniffki, Johannes, Reutlinger, Christian & Hees, Wolfgang (Hg.). "Jugendprotagonismus, Community und Partizipation" Frank & Timme, Berlin, Deutschland, 2013. (3) Machín, Juan "Teoría y praxis de un meta-modelo para la inclusión social comunitaria (ECO²)" en: Kniffki, Johannes & Reutlinger, Christian (Eds.). "Comunidad. Transnacionalidad. Trabajo social. Una triangulación empírica América-Latina- Europa". Editorial Popular, Madrid, España, 2013. (4) Machín, Juan "Formación de pares en el Modelo ECO²" en Llort, Antoni & Borràs, Tre (coord.) "Apuntes para la promoción de intervenciones con pares. Reducción de daños y riesgos relacionados con el uso de drogas". IGIA, España, 2013.

Antecedentes

De 1995 a 1998, tres organizaciones de la sociedad civil mexicana (Hogar Integral de Juventud, Centro Juvenil de Promoción Integral y Cultura Joven, con el apoyo de Cáritas Arquidiócesis de México) llevaron a cabo, con financiamiento de la Unión Europea, del gobierno alemán y la agencia alemana *Deutscher Caritasverband* y con la asesoría de dos expertos internacionales y profundos conocedores de la realidad mexicana, Efreml Milanese y Roberto Merlo, una investigación en la acción para desarrollar un modelo de prevención, reducción del daño, tratamiento y reinserción social en relación con las farmacodependencias. A pesar de que la investigación se centró en un inicio sobre el tema de las farmacodependencias, desde el segundo año se amplió el campo a las situaciones críticas asociadas con éstas. Al modelo desarrollado se le denominó ECO², pero pronto se cayó en la cuenta que se trataba más bien de un meta-modelo; es decir, un modelo para generar modelos, y que su campo de aplicación no se reducía a las farmacodependencias ni a las situaciones críticas asociadas con éstas.

A las tres organizaciones iniciales se sumaron rápidamente otras organizaciones que atendían diversas problemáticas sociales y a las cuales les interesaba implementar el modelo ECO². Se empezó un proceso de articulación en red entre todas las organizaciones y se llegó a la conclusión de que lo que tenían en común, además del modelo ECO², era que todas intervenían en situaciones que decidieron llamar de Sufrimiento Social. De esta manera, en el año 2002, se conformó la Red Mexicana de Organizaciones que Intervienen en Situaciones de Sufrimiento Social (REMOISSS) y, posteriormente, se fueron constituyendo redes en otros países latinoamericanos, hasta llegar a conformar una red de redes nacionales de organizaciones de la sociedad civil de Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú y Uruguay, que atendían diversas situaciones de sufrimiento social y que se denominó, por esa razón y siguiendo la idea original de la REMOISSS, Red Americana para la Intervención en Situaciones de Sufrimiento Social –RAISSS-. Se construyó de esta forma un espacio semántico que sirvió para organizar toda la variedad y complejidad de situaciones y poblaciones con las que trabajaban, permitiendo incluir a una gran diversidad de organizaciones de la sociedad civil.

La participación de cada una de estas organizaciones y experiencias ha enriquecido enormemente al modelo, que ha ido ampliando su campo de aplicación; y, la convergencia y sinergia de múltiples actores (personas y grupos de comunidades locales, OSC -Organizaciones de la Sociedad Civil-, financiadoras internacionales, gobiernos) han posibilitado la creación de un sistema en red de formación de recursos humanos en el meta-modelo ECO² y, a través de éste, la sistematización de la práctica de múltiples OSC, con un marco teórico y metodológico común que incluye el uso de instrumentos estandarizados para el registro, organización, síntesis y análisis de la información (Milanese, Merlo & Laffay, 2001, pp. 309-435; Milanese, 2009, pp. 197-257). Asimismo, se ha conseguido crear puentes entre la ciencia y la práctica, en el sentido de Wandersman et al. (2008, pp. 171-181), a partir de la sistematización de diversas intervenciones sociales, su traducción a marcos científicos y, a su vez, en términos de políticas públicas basadas en evidencia.

Al adoptar el término "sufrimiento social" no se buscaba una terminología nueva, sino encontrar lo que les unía como organizaciones de la sociedad civil, trabajando en la atención de una gran diversidad de situaciones de malestar y sufrimiento: extrema pobreza, adolescentes en conflicto con la ley, personas viviendo con VIH y SIDA, personas privadas de la libertad, consumidores de sustancias psicoactivas, explotación sexual, violencia de género, poblaciones callejeras, personas con discapacidad, indígenas, migrantes, pandillas juveniles, discriminación, personas adultas mayores, etcétera. Se decidió hablar de sufrimiento social y no de enfermedad social o de patología social

(que eran términos alternativos sugeridos en las discusiones), para evitar quedarse en el interior de conceptualizaciones limitantes y los estigmas asociados a términos como “enfermo” y “enfermedad”. De esta manera, como señala Milanese (2013), se pudo visibilizar

que existen experiencias y procesos de ‘estar mal’ que no son enfermedad y que se enraízan en las formas y en los procesos de la vida social; que estas formas de ‘mal estar’ se enraízan en los temas y los procesos de las desigualdades y por consecuencia de la injusticia; no se trata por consecuencia de enfermedades orgánicas o de enfermedades funcionales ubicadas exclusivamente dentro del cuerpo y la persona (aunque sea la persona a percibir las), sino de formas de malestar relacionadas con el acceso, la participación a los bienes (materiales e inmateriales, naturales y transformados, o producidos por seres humanos); que las formas de participar/coparticipar/acceder a esos bienes pueden producir una etiología y una nosografía específica; que por medio del gobierno de las formas de los procesos de participación/coparticipación y acceso se puede gobernar los procesos de producción de malestar, su transformación en enfermedades (dominación/control), o su transformación en críticas de las políticas y del cambio social.

Abordajes del sufrimiento social

En relación con el concepto de “Sufrimiento Social”, según Renault (2008, pp. 203-301) existen al menos cuatro modelos que lo abordan: el modelo de la economía política clásica que identifica el sufrimiento social con la sola pobreza. La pobreza en sí sería la única causa de sufrimiento social. El modelo de la medicina social que considera la falta de acceso a los servicios sociales (en especial de salud) como la causa del sufrimiento social. El modelo de Durkheim que identifica el sufrimiento social con la anomia, trastorno debido a la falta o debilidad del mundo normativo, a la disolución de reglas y lazos sociales, que llevan finalmente a una especie de muerte social. El cuarto modelo se inspira en la teoría psicoanalítica y psicodinámica. Según Freud (1998) entre las fuentes del sufrimiento humano se encuentra la enorme potencia de destrucción que tiene la naturaleza (por ejemplo, en los desastres naturales), la caducidad de nuestro cuerpo y la deficiencia de los principios que regulan las relaciones en la familia, en el Estado y en la sociedad.

El sufrimiento social se originaría a partir del tercer factor, así como un debilitamiento de los mecanismos de defensa psíquicos y simbólicos. Lo interesante de esta perspectiva es que el tema del sufrimiento social es tan central al psicoanálisis, que una de las componentes y dinámicas fundamentales de la experiencia humana consistiría en tratar de reducirlo. Así, la neurosis misma puede ser considerada a partir de este punto de vista; asimismo los conceptos de superyó, de ideal del yo, de proyección, incorporación, etcétera.

Renault propone una concepción compleja del sufrimiento social basada en la integración de lo biográfico y lo social: a la “consistencia del yo”, las “necesidades del ego”, le afectarían tanto los factores “externos” como los traumatismos, la dominación, la exclusión y factores “internos”, como el debilitamiento de la capacidad de resistencia al sufrimiento. Para Renault lo más importante es hacer una denuncia del sufrimiento social, basada principalmente en una crítica moral y política al neoliberalismo, visto éste como la causa última y radical de todos nuestros males, aunque apunta también a las dificultades de satisfacer las necesidades de autorrealización y de desarrollo de las capacidades de las personas; es decir, no todas las causas del sufrimiento se encuentran en el “sistema”, sino que también plantea la cuestión del mal.

Por último, Renault problematiza el por qué el tema del sufrimiento social se ha ido difundiendo progresivamente en los espacios públicos y también en las ciencias sociales, planteando interrogantes importantes, como: ¿cuál es el sentido de la sensibilidad actual hacia el sufrimiento social?, ¿cuál es el sentido de estas modalidades de expresar los afectos en términos de sufrimiento,

de la cualificación de las desigualdades en términos de sufrimiento?, ¿las preocupaciones por el sufrimiento social pueden ser consideradas como una de las nuevas formas de dominación y control social, o son una oportunidad para proponer una nueva crítica a lo social?

A los paradigmas o modelos que analiza Renault hay que agregar un abordaje complementario, desde la antropología, (Das et al, 1997): el sufrimiento social definido como el conjunto de problemas humanos que tienen sus orígenes y consecuencias en las profundas y devastadoras heridas que las fuerzas sociales pueden infligir a las personas. En otro estudio, Das (2002) analiza los abordajes de Weber, Durkheim y Marx, entre otros, y en particular señala cómo el dolor es administrado por los Estados, incluso de manera “racional” en casos extremos como la política del *apartheid* en Sudáfrica y de la ‘solución final’ nazi, pero también de manera cotidiana, y cómo tiene simultáneamente objetivos pedagógicos (crear cuerpos dóciles para el capital) y de clasificación social, inscribiendo en el cuerpo marcas distintivas.

Las organizaciones de la sociedad civil que se han articulado en torno al meta-modelo ECO² retoman estos cuestionamientos y abordajes, y han hecho aportes importantes desde una perspectiva propia.

Meta-modelo ECO²

El nombre ECO² (Machín, 2013) se construyó a partir de algunos de los elementos esenciales del meta-modelo, como un juego de palabras: Epistemología de la Complejidad (ECO), Ética y Comunitaria (ECO), por lo tanto algebraicamente, (ECO) (ECO) = ECO². “ECO” también hace referencia a la raíz griega “Casa” y está en la etimología de Ecumenismo y Ecología, aludiendo a los procesos de inclusión social que promueve el modelo.

Epistemología de la complejidad, más que a una teoría determinada y acabada, hace referencia a un meta-nivel que brinda la posibilidad de articular aportes que diversas ciencias (Historia, Antropología, Sociología, Psicología, etcétera) hacen para entender la realidad humana (personas, grupos, comunidades y fenómenos como la violencia de género, las farmacodependencias, la exclusión social, etcétera). Cada disciplina constituye una cierta mirada sobre la realidad, por lo que es necesario, siguiendo las propuestas de Wallerstein (1996, 1998), abrirlas y repensarlas, ir más allá de las disciplinas, trasgrediendo sus fronteras y vincularlas entre sí de manera transdisciplinaria (Nicolescu, 2005) e indisciplinada (Lozano, 2010, p. 25); más aún, es necesario hacer una crítica epistemológica de cada una y buscar su articulación en un meta-nivel, a partir de los aportes que los estudios de género, la filosofía y las ciencias de la complejidad han hecho.

Así, por ejemplo, se retoma elementos que van desde la geometría fractal de Mandelbrot (1997) hasta el pensamiento complejo de Morin (1994), pasando por la cibernética de Wiener (1985), la cibernética de la cibernética de Bateson (1976, 1993) y Von Foerster (1991), la sinérgica de Haken (1986), la recursividad de Hofstadter (1982), la complejidad efectiva y los sistemas complejos adaptativos de Gell-Man (1998), la dinámica de sistemas no lineales (conocida popularmente como teoría del caos) de Hayles (1993), Gleick (1987), etc. Así mismo, el campo transdisciplinar de las Redes Sociales (Christakis & Fowler, 2010; Scott, 2000; Watts, 2006) ha constituido uno de los ejes fundamentales del modelo, tanto teórica como metodológicamente.

La referencia “Ética y Comunitaria”, apunta a opciones de base en la intervención: el énfasis en la perspectiva comunitaria, que implica considerar el rol central de la comunidad como espacio-tiempo

(físico pero, sobre todo, relacional y simbólico), productor y reproductor de procesos de inclusión y exclusión, así como actor protagónico de la intervención, y en la perspectiva ética -en la línea de Dussel (1998) y Morin (2006)-, que implica el respeto irrestricto a la dignidad de las personas y las comunidades; por lo tanto, implica la promoción de los derechos humanos y la exigencia de buscar, limitar y contrarrestar los fenómenos de exclusión y sufrimiento social de manera profesional, y hacerlo de manera profesional. Obliga, así mismo, el reconocimiento y la reflexión por parte de quienes intervenimos, de nuestras propias motivaciones, limitaciones, errores y la necesidad de evaluación y supervisión constante. Aquí, los aportes del psicoanálisis son fundamentales (ver por ejemplo, Devereux, 1999).

Una situación a atender

En su origen, la construcción del meta-modelo ECO² respondió a las deficiencias que existían en el abordaje tradicional al fenómeno de las farmacodependencias, aunque su aplicación se ha extendido ampliamente a otros campos. Por ejemplo, entre los principales rasgos de la situación dominante del tratamiento en México que motivaron a desarrollar una propuesta diferente, están los siguientes (adaptados de Milanese, 2009, pp. 13-15):

- ineficacia de las respuestas estándar, caracterizadas por la rigidez y cronicidad de los servicios y las organizaciones, frente a la extrema variabilidad del fenómeno, caracterizado por el ingreso en el mercado de nuevas drogas y de nuevas modalidades y estilos de vida que “definen” el uso y el abuso.
- en la mayoría de los casos, el tratamiento se refiere a personas que se encuentran en situaciones que tienden a la cronicidad (es decir, por un periodo superior a 5 años).
- la mayoría de los farmacodependientes viven múltiples veces el mismo proceso de rehabilitación, hasta depender de él y de sus fracasos, volviéndose crónico en este proceso de repetición, e institucionalizando la situación de sufrimiento; y esto está ligado, en particular, a la ausencia de un proyecto que permita una conexión operativa entre las instituciones y los servicios que trabajan con ellos, contribuyendo en transformar, una interrupción momentánea, en un fracaso del proceso.
- existe un alto índice de fracasos (alrededor del 65-70%) que, sin embargo, son negados por las instituciones.
- la mayoría de los fracasos están ligados a tres tipos de acontecimientos: un diagnóstico y/o tratamiento equivocado, el abandono o interrupción del programa, el hecho de que los farmacodependientes no expresan directamente su demanda de tratamiento sino que obedecen a una presión social/familiar.
- la alta incidencia de recaídas después de la conclusión del programa terapéutico con éxito (que indica un problema de planteamiento general de la rehabilitación y de la cura, de su evaluación y de su conexión con la vida en la sociedad real).
- la ausencia o deficiencia de evaluación en las intervenciones.
- la separación teórica, estratégica y metodológica entre la prevención primaria, el tratamiento y la reinserción social.

- la sumisión teórica y metodológica de la prevención al tratamiento.
- el contraste, desde el punto de vista del encuadre teórico, entre teorías (por ejemplo, el psicoanálisis) muy eficaces en el plano explicativo y muy ineficaces en el plano terapéutico, u otros acercamiento muy ineficaces en el plano de la comprensión del problema y de las personas, y aparentemente muy eficaces en el plano de la reeducación momentánea.
- la exclusión social asociada a las y los consumidores de sustancias psicoactivas, que quedaba fuera del abordaje clásico binario de prevención o tratamiento.
- el abordaje sobre-simplificador de una realidad hipercompleja.

Estrategia del Meta-modelo ECO²

Una de las propuestas iniciales de abordaje diferente fue des-individualizar y des-patologizar el “síntoma”: reconocer que la población meta de la intervención no son las personas aisladas y a quienes se les atribuye “el problema” y se les considera “enfermas” (o delincuentes, etcétera), y que comenzamos a denominar “pacientes designados” (en el sentido de que no es que sean, sino que así se les designa). Así, pasamos a pensar en términos de redes sociales, comunidad y complejidad.

En esencia, el meta-modelo ECO², a partir de un marco teórico y metodológico, consiste en desarrollar un proceso de formación en la acción de un equipo de agentes sociales para que, en un contexto determinado, se lleve a cabo una investigación en la acción que permita construir un modelo de intervención sobre algún fenómeno de sufrimiento social específico, con base en un diagnóstico a profundidad y el diseño de una estrategia, así como para contar con elementos para ejecutarla y evaluarla.

Meta-modelo ECO²

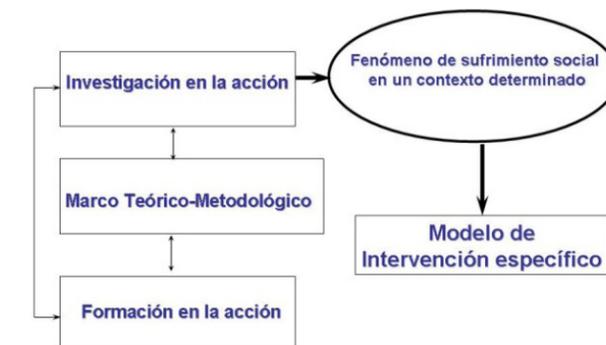


Figura 1. Estrategia general del meta-modelo ECO²

Una intervención, según el ECO², busca, dentro de una comunidad local, desarrollar una estrategia orientada a los siguientes objetivos:

1. Disminuir las situaciones de sufrimiento social.
2. Promover la seguridad y la salud de todas las personas.
3. Contrarrestar los procesos de exclusión de la participación de la vida social.
4. Aumentar la complejidad efectiva de los sistemas sociales.

Los cuatro objetivos son sinérgicos y se encuentran articulados: una de las hipótesis del meta-modelo ECO² es que contrarresta los procesos de exclusión social (numerosas evidencias indican que ésta produce sufrimiento), disminuye el sufrimiento social y aumenta la complejidad efectiva en una comunidad y la seguridad y salud de las personas, lo cual disminuye los procesos de exclusión y de sufrimiento social. En Machín (2010, pp. 319-322) se ejemplifica cómo la intervención produce cambios en la red de una persona, aumentando su complejidad efectiva: introduciendo nodos en la red, modificando las relaciones existentes, etcétera.

El meta-modelo ECO² plantea que el equipo de operadores realice una serie de iniciativas de investigación en la *rel-acción* (neologismo para indicar que la investigación implica relación y acción), que permitan producir una organización comunitaria que incluya los siguientes elementos (Milanese, 2009, p. 82):

1. Diagnóstico de comunidad.
2. Diagnóstico de personas.
3. Red subjetiva comunitaria.
4. Red operativa.
5. Red de recursos comunitarios.

Por diagnóstico (de comunidad y de personas) entendemos un sistema de información que nos sirve como modelo (de la comunidad y de las personas); es decir, un conjunto de información mínima indispensable que tenga una relación de analogía (de isomorfismo, si es posible) tal, que muestre cuáles son las reglas de base que organiza el sistema para poder planear una estrategia de intervención. El modelo ECO² contempla la organización de la información en el Sistema de Diagnóstico Estratégico (SiDiEs) para cada comunidad, (Milanese et al., 2001, pp. 330-363) y el Sistema de Diagnóstico Terapéutico (SiDiTer) para las personas con las que se establece una relación de ayuda. El SiDiEs incluye, además del análisis de la red de líderes de una comunidad, elementos como una breve historia de la comunidad, el sistema de símbolos, ritos y mitos, representaciones sociales sobre ciertos temas, análisis de los conflictos y los fracasos, datos sociológicos, entre otros. La red de los líderes de opinión es una de las formas en que la comunidad local se auto-organiza, principalmente a partir del sistema relacional entre ellos mismos; es decir, la red de los líderes es un modelo de la comunidad, un escenario donde se busca solucionar los conflictos de la comunidad -pueden ser resueltos de manera simbólica como en las fiestas o, más a menudo, “resolver” negándolos de múltiples formas: proyectándolas en chivos expiatorios, institucionalizándolos, etcétera- (Machín, 2000, pp. 53-64). Por eso, el conocimiento detallado de la red de líderes es un elemento fundamental del proceso diagnóstico.

La red subjetiva comunitaria es el conjunto de relaciones personales por medio de las cuales el equipo de operadores externos se inserta en la comunidad local, viviendo algunas experiencias típicas de la vida comunitaria.¹

¹ Existe un isomorfismo entre la red subjetiva comunitaria y la red subjetiva personal: las relaciones informales que construye el equipo en el interior de una comunidad (que son un instrumento de trabajo), siguen las mismas pautas que las modalidades de comunicación y de interrelación mediadas por el cuerpo (gestualidad, estilo relacional, proxémica (Hall, 2003, p. 6) y que se fundamentan en la matriz subjetiva (familia de origen y grupo familiar de origen). Así, como en muchos otros casos, utilizamos (inconscientemente) como modelo la red subjetiva personal/familiar, que es un instrumento de “vida” afectiva y relacional, para otros contextos (por ejemplo, en la transferencia en la cura psicoanalítica o al incorporarse a un grupo). La formación profesional y la supervisión son procesos que nos deben permitir utilizar la red matriz como instrumento para construir la red subjetiva comunitaria, pero no como si se tratara de una red subjetiva familiar.

La red operativa la forman los agentes (operadores externos, promotores de la comunidad y operadores pares (es decir, usuarios de sustancias psicoactivas, trabajadores sexuales, etcétera) que constituyen el equipo de trabajo. El meta-modelo ECO² propone que esta red trabaje en conformarse como una minoría activa (Moscovici, 1981) y es la responsable de la investigación en la *rel-acción* y el desarrollo de la estrategia de intervención. Suponemos que esta red, por su formación y organización, está orientada hacia el cambio de la comunidad en el sentido del gradiente de mayor complejidad efectiva (Gell-Mann, 1998), incidiendo principalmente en la modificación de representaciones sociales (Moscovici, 1993) y articulando una red de recursos comunitarios. Por medio de la investigación en la acción estamos en condiciones de evidenciar las situaciones definidas como problemáticas, así como, el capital social actual o potencial que la comunidad posee. Así, partiendo del hecho de que las redes sociales son las mediaciones a través de las cuales la comunidad local se organiza (red de líderes de opinión, redes de recursos comunitarios, redes subjetivas, etcétera), interviniendo en ellas a través de la red subjetiva comunitaria y la red operativa, nosotros propiciamos la reorganización de la comunidad.

Incidencia en políticas públicas

Junto con la intervención en contextos comunitarios locales, las organizaciones que integran RAISSS están comprometidas con la incidencia en las políticas públicas, como una forma de intervención en algunas de las causas estructurales del sufrimiento social.

Ejemplos de este tipo de implementación son la exitosa experiencia de la Fundación Procrear y Corporación Viviendo en Colombia, que desarrollaron el modelo de inclusión social para personas consumidoras de sustancias psicoactivas, dentro de la política nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas (Fergusson y Góngora, 2007); el desarrollo del modelo ACIA (Acompañamiento Comunitario Integral de Adolescentes) por parte de la Dirección ejecutiva de tratamiento a adolescentes en conflicto con la ley del gobierno del Distrito Federal, México, con la asesoría de OSC de la REMOISSS (SIJA, 2009); la adopción del modelo ECO² para la intervención en prevención y reducción de daños en todos los Centros de atención primaria en adicciones por parte del Instituto mexicano contra las adicciones en el Estado de México; la construcción con *Lua Nova* (de RAISSS Brasil) de experiencias de integración comunitarias en la política de abordaje de los usuarios de crack y otras drogas por parte del gobierno brasileño o el Proyecto de implementación de dispositivos de inclusión social de base comunitaria en el abordaje del consumo problemático de drogas por la Junta Nacional de Drogas de Uruguay en 2010, por mencionar algunos.

Simultáneamente, las OSC de RAISSS han podido llevar a cabo diversos procesos exitosos de incidencia en políticas públicas como la inclusión de la perspectiva de la reducción de daños y riesgos asociados al consumo de sustancias psicoactivas en la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones y la activa participación en el documento *Escenarios para el problema de drogas en las Américas 2013 – 2025*, elaborado para la Organización de los Estados americanos.

En ese mismo sentido, RAISSS ha establecido relaciones de cooperación con tres redes transnacionales muy importantes: por un lado, la Red Iberoamericana de ONG -Organizaciones No Gubernamentales- que trabajan en drogodependencias (RIOD) que articula 50 OSC de 15 países de Latinoamérica y España, dedicadas a la prevención, tratamiento, incorporación socio-laboral, formación e investigación y el Consorcio Internacional de Política de Drogas (*International*

Drug Policy Consortium, IDCP), red que articula 114 OSC y redes profesionales, especializada en cuestiones de drogas fiscalizadas, fomentando debates objetivos y abiertos sobre las políticas de drogas en el ámbito nacional e internacional, que apoya políticas eficaces fundamentadas en evidencias científicas para reducir el daño relacionado con las drogas, y, por el otro, la Red Latinoamericana –Europea de Trabajo Social Transnacional (RELETRAN) que ha contado con el apoyo de la Unión Europea (en el marco de la convocatoria ALFA III), para intercambiar, fomentar y abordar diversas experiencias, investigaciones y la construcción de conocimientos en torno al trabajo y prácticas comunitarios, desde una perspectiva transnacional, transcultural, transdisciplinaria y compleja con el fin de generar sinergias, trabajo colaborativo y construcción de capital social entre instituciones de educación superior, organizaciones de la práctica y otros actores, para intentar incidir en el mejoramiento de las condiciones sociales, políticas y culturales de los grupos vulnerables de la sociedad, con enfoques teóricos, metodológicos y participativos.

Conclusiones

Como se describe en el presente texto, diversas organizaciones de la sociedad civil están comprometidas en un amplio abanico de intervenciones (que van desde el contexto comunitario local hasta amplias redes transnacionales que buscan incidir en las políticas públicas), con base en el meta-modelo común ECO² con el objetivo de construir, de este modo, un mundo con menos sufrimiento social.

Referencias

- Bateson, G. (1976). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires: Carlos Lohlé.
- (1993). *Espíritu y naturaleza*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Christakis, N. & Fowler, J. (2010). *Conectados: El sorprendente poder de las redes sociales y cómo nos afectan*. México: Taurus.
- Das, V. (2002). Sufrimientos, teodiceas, prácticas disciplinarias y apropiaciones. Recuperado de: www.pain-initiative-un.org/doc-center/articulos%20y%20documentos/
- Das, V., Kleinman, A., Lock, M., Ramphel, M. & Reynolds, P. (Eds.). (1997). *Social Suffering*, California: University of California Press.
- Devereux, G. (1999). *De la ansiedad al método en las ciencias del comportamiento*. México: Siglo XXI.
- Dussel, E. (1998). *Ética de la Liberación en la edad de la Globalización y de la Exclusión*. Madrid: Editorial Trotta.
- Fergusson, S. y Góngora, A. (2007). *Hacia un modelo de inclusión social para personas consumidoras de sustancias psicoactivas*. Documento técnico. Colombia: Ministerio de la Protección Social.
- Freud, S. (1998). *Obras completas XXI (“El malestar de la cultura”)*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gell-Mann, M. (1998). *El Quark y el Jaguar. Aventuras en lo simple y lo complejo*. Barcelona: Tusquets.
- Gleick, J. (1987). *Chaos: making a New Science*. New York: Viking.
- Haken, H. (1986). *Fórmulas del éxito en la naturaleza*. Barcelona: Salvat.
- Hall, E. (2003). *La dimensión oculta*. México D. F.: Siglo XXI.
- Hayles, K. (1993). *La evolución del Caos. El orden dentro del desorden en las ciencias contemporáneas*. (Trad. Ofelia Castillo). Barcelona: Gedisa.
- Hofstadter, D. (1982). *Gödel, Escher, Bach: una eterna trenza dorada*. México: Conacyt.
- Lozano, R. (2010). *Prácticas culturales anormales. Un ensayo alter-mundializador*. México: UNAM.
- Machín, J. 2000 “¡¡¡Páaseeele al circo!!!”. En: Merlo, R. y Milanese, E. (coord.). (2000). *Miradas en la ciudad. Métodos de intervención juvenil comunitaria*. México: Centro de Investigación y Estudios sobre Juventud del Instituto Mexicano de la Juventud. Colección Jóvenes, No. 8.
- (2010). Modelo ECO²: redes sociales, complejidad y sufrimiento social. *REDES- Revista hispana para el análisis de redes sociales* 18(12). España.
- (2013). “Teoría y praxis de un meta-modelo para la inclusión social comunitaria (ECO²)” En: Kniffki, J. y Reutlinger, C. (eds.). *Comunidad. Transnacionalidad. Trabajo social. Una triangulación empírica América-Latina- Europa*. Madrid: Editorial Popular.

- Mandelbrot, B. (1997). *La Geometría Fractal de la Naturaleza*. Barcelona: Tusquets.
- Milanese, E. (2009). *Tratamiento comunitario de las adicciones y de las consecuencias de la exclusión grave*. México: Plaza y Valdés, CAFAC.
- (2013). *Tratamiento comunitario. Manual de trabajo*. Sao Paulo, Brasil: Instituto Empodera y Secretaría Nacional de Política de Drogas de Brasil
- Milanese, E., Merlo, R. y Laffay, B. (2001). *Prevención y cura de las farmacodependencias. Una propuesta comunitaria*. México: Plaza y Valdés, CAFAC.
- Morin, E. (1994). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa.
- (2006). *El método 6: Ética*. España: Cátedra.
- Moscovici, S. (1981). *Psicología de las Minorías Activas*. Madrid: Morata.
- (1993). *Psicología social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales*. Barcelona, Buenos Aires, México: Editorial Paidós.
- Nicolescu, B. (2005). Transdisciplinarity - past, present and future. Recuperado de: <http://cettrans.com.br/textos/transdisciplinarity-past-present-and-future.pdf>
- Renault, E. (2008). *Souffrances Sociales. Philosophie, psychologie et politique*. Paris: Editions La Découverte.
- Scott, J. (2000). *Social Network Analysis. A Handbook*. (3rd. Edition). London, England: Sage Publications Ltd.
- SIJA -Sistema Integral de Justicia para Adolescentes- (2009). *Navegando en libertad. Memoria*. México: Gobierno del Distrito Federal.
- Von Foerster, H. (1991). *Las semillas de la cibernética*. Barcelona: Gedisa.
- Wallerstein, I. (1996). *Abrir las Ciencias sociales*. México: Siglo XXI, CIICH-UNAM.
- (1998). *Impensar las Ciencias sociales*. México: Siglo XXI, CIICH-UNAM.
- Wandersman, A., Duffy, J., Flaspohler, P., Noonan, R., Lubell, K., Stillman, L., Blachman, M., Dunville, R. & Saul, J. (2008). Bridging the gap between prevention research and practice: The interactive systems framework for dissemination and implementation. *American Journal of Community Psychology*, 41(3-4), 171-181.
- Watts, D. (2006). *Seis grados de separación. La ciencia de las redes en la era del acceso*. México: Paidós.
- Wiener, N. (1985). *Cibernética o el control y comunicación en animales y máquinas*. Barcelona: Tusquets

Bibliografía

- Bertalanffy, L. (1982). *Teoría General de Sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Machín, J., Merlo, R. y Milanese, E. (2009). *Redes sociales y farmacodependencias. Aportes para la intervención*. México: Consejo Nacional contra las Adicciones y Centro Cáritas de Formación para la Atención de las Farmacodependencias y Situaciones Críticas Asociadas.
- Maturana, L. & Varela, F. (1972). *Autopoiesis and Cognition: The realization of the living*. Santiago de Chile: Universidad de Chile.



Prevención Selectiva del Consumo de Alcohol y Cigarrillo: Programa Consentidos¹ Hacia un cambio cultural en el consumo de alcohol y cigarrillo en niños y adolescentes

Diana Raquel Sierra Acuña

Psicóloga – Universidad de los Andes (Bogotá); Magíster en Drogodependencias – Universidad Deusto (Bilbao-OEA); Logoterapia y Análisis Existencial – Universidad Flores (Buenos Aires, Argentina); Colectivo Aquí y Ahora (Bogotá - Buenos Aires); (c) PhD. Psicología – Universidad del Salvador; Directora Centro de Promoción y Prevención – Colectivo Aquí y Ahora. Correo electrónico: drsierra@colectivoaquiyahora.org

¹ Área de conocimiento: Psicología y Salud Mental. Prevención Adicciones. Línea de investigación: Prevención Consumo de Sustancias Psicoactivas.

Resumen

El programa de prevención selectiva *Consentidos* que desarrolla el Colectivo Aquí y Ahora en diversos colegios de la ciudad de Bogotá, en su momento inicial valora la experiencia de consumo de alcohol y cigarrillo en niños y jóvenes. Hay evidencias que sugieren que la baja percepción de riesgo es un factor facilitador del inicio temprano, e incluso de la permanencia en el consumo de alcohol y, por su conducto, de otras sustancias psicoactivas.

El objetivo de la presente ponencia es describir el comportamiento de la experiencia de consumo de cigarrillo y alcohol y su relación con la percepción del riesgo en niños y jóvenes escolares de una muestra de colegios participantes del programa de prevención selectiva *Consentidos*, llevada a cabo por el Colectivo Aquí y Ahora entre los años 2006 y 2011-2012. Asimismo, generar reflexiones en relación con la estrategia metodológica utilizada para la modificación de la percepción del riesgo desde la propuesta de cambio en la percepción de riesgo de los adultos a través de una postura de cambio cultural y generación de redes sociales.

Palabras clave: Prevención, Alcohol, Cigarrillo, Cambio Cultural.

A Behavioral Change on Alcohol and Tobacco Consumption in Children and Adolescents

Abstract

Consentidos is a selective prevention program developed by the Collective *Aquí y Ahora* in some schools in Bogotá, Colombia, in order to assess the initial experience of alcohol and cigarette consumption in children and youth. Evidence suggests that low perception of risk is a factor of starting early, and even the prevalence on alcohol and other psychoactive substances.

The aim of this paper is to describe the behavior of the experience of cigarette smoking and alcohol and its relation to the perceived risk in children and young students. The study was conducted between 2006 and 2011 to 2012. It also aims to generate insights regarding the methodological strategy used for changing the perception of risk from the proposed change in the perception of risk in adults through a stance of cultural change and social networking generation.

Key words: Prevention, Alcohol, Tobacco, Cultural Change.

1. Introducción

El alcohol se considera en la actualidad, la principal sustancia de inicio dentro del proceso de conformación de cuadros adictivos a sustancias psicoactivas, cuyo consumo temprano permite predecir la aparición de problemas a ciertas edades y la probabilidad del uso de otras sustancias que pueden alterar tanto la calidad de vida, como las condiciones de salud mental, física y social de las personas.

La investigación acerca del consumo de alcohol y cigarrillo en la población escolar debe ser una prioridad para la sociedad, puesto que de ello depende un adecuado proyecto de vida y una relación entre ciertos patrones de consumo y algunas conductas, actitudes y experiencias de los jóvenes.

Los estudiantes encuentran un ambiente escolar que genera múltiples reacciones psicológicas, y en algunos casos se evidencia que el consumo se asocia con hogares disfuncionales, a la vez que se

pone a prueba permanentemente su capacidad de resolución de problemas y situaciones difíciles para la vida y el desarrollo personal.

Así, se hace necesario que los programas de prevención del consumo de sustancias psicoactivas enfoquen su atención en proporcionar todos los elementos y herramientas de apoyo para la salud física, mental, espiritual y emocional de los estudiantes.

2. Metodología

2.1 Tipo de Estudio

El diseño de estudio es observacional no analítico de tipo descriptivo correlacional.

2.2 Población y Muestra

Para efectos del estudio, se toma los registros de estudiantes participantes en el programa de prevención selectiva *Consentidos* que desarrolla el Colectivo *Aquí y Ahora* en diversos colegios de la ciudad de Bogotá, entre los años 2006 y 2011-2012.

2.3 Variables

Se toma como variables de interés la experiencia de consumo de alcohol y cigarrillo (contempla la Prueba de las sustancias, que se entiende como el contacto inicial del joven que consume o usa por primera vez el cigarrillo o el alcohol; la edad de inicio de consumo, la magnitud del consumo y el antecedente de abuso en el consumo de alcohol), la percepción del riesgo asociado al consumo, además de las características sociodemográficas (edad, sexo y convivencia familiar) y escolares (colegio y grado escolar).

2.4 Hipótesis

Si la experiencia de consumo de cigarrillo y alcohol están funcionalmente relacionadas con la percepción del riesgo asociado al consumo, en niños y jóvenes escolares de los colegios incluidos, participantes del programa de prevención selectiva *Consentidos*, se encontrará que la baja percepción de riesgo presenta una alta correlación significativa con una mayor experiencia de consumo, con base en un nivel alpha de 0.05.

3. Resultados

Comparación de la evaluación pre-test del año 2006 (Grupo control) vs. evaluación pre-test del año 2011-12.

Objetivo: Describir el comportamiento de la experiencia de consumo y la percepción del riesgo del consumo de alcohol y cigarrillo entre los años 2006 y 2011-12 en jóvenes de colegios participantes del programa de prevención *Consentidos*.

Muestra: Para efectos del estudio se tomó 1744 estudiantes de la ciudad de Bogotá de sexo masculino y femenino de los grados cuarto, quinto y sexto grado, participantes en el programa de prevención *Consentidos*, entre los años 2006 y 2011-12.

Experiencia de consumo:

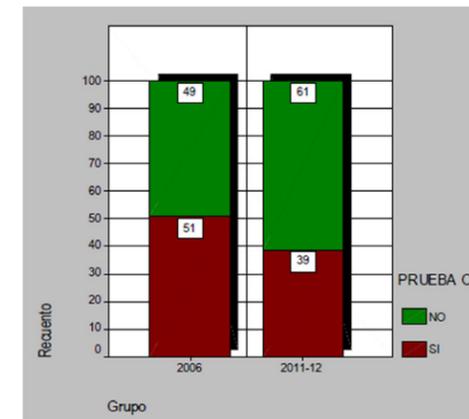


Figura 1. Prueba Alcohol.

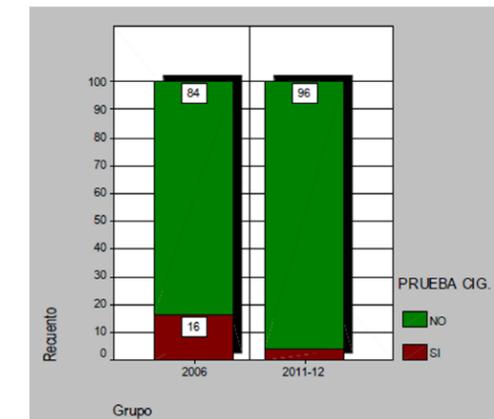


Figura 2. Prueba Cigarrillo.

Al analizar la experiencia de consumo de los estudiantes, se encontró que:

- Entre los años 2006 y 2011-12, los menores de 14 años que habían consumido alcohol pasaron del 51% en el 2006 al 38% en el 2011-12.
- Entre los años 2006 y 2011-12, los menores de 14 años que habían consumido cigarrillo pasaron del 16% en el 2006 al 4% en el 2011-12.
- Los resultados evidencian un descenso en el porcentaje de consumo para las dos sustancias.

Percepción de riesgo de alcohol y cigarrillo:

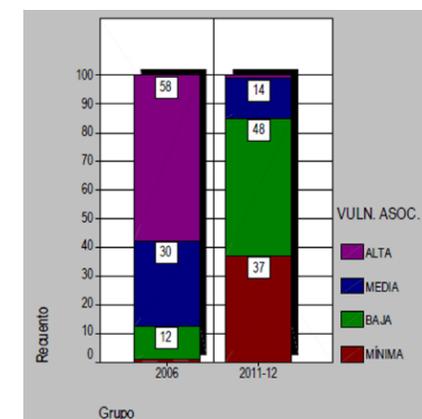


Figura 3. Vulnerabilidad asociada al consumo de alcohol.

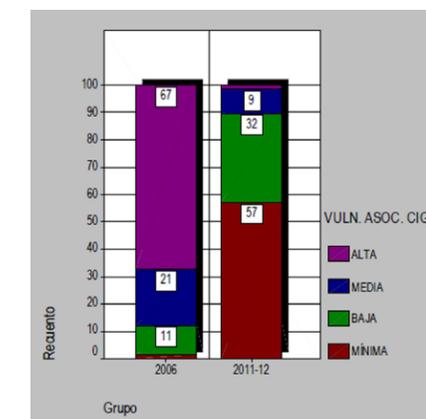


Figura 4. Vulnerabilidad asociada al consumo de cigarrillo.

- En cuanto a la percepción de riesgo asociada con el consumo de alcohol, se evidencia que ésta descende de 58% a 1% en el número de estudiantes, que se ubicaba en un nivel alto de vulnerabilidad, redistribuyéndose en los niveles bajo y mínimo de vulnerabilidad; para el año 2011-12 aparece un 37% en el nivel mínimo de riesgo, lo que puede dar cuenta del aumento en la percepción de peligrosidad y daño que presentaron los estudiantes en comparación con los niños que ingresaron al programa para el año 2006.

- En cuanto a la percepción de riesgo asociada con el consumo de cigarrillo, el 67% de los estudiantes en el año 2006 ingresaban al programa *Consentidos*, ubicándose en un alto nivel de riesgo; para el año escolar 2011-12 este porcentaje desciende al 2%.

4. Discusión

Hoy en día existe un consenso general sobre la necesidad de que la prevención del consumo de sustancias psicoactivas se fundamente sobre el conocimiento científico disponible en torno al origen y desarrollo de esta problemática. Sin embargo, en la práctica muchas veces la prevención se realiza con mayor frecuencia alrededor de la urgencia de implementar medidas, que sobre la base de un análisis concienzudo de la aplicación teórica. Por esta razón, la presente investigación pretende aportar resultados que sugieran acciones prácticas y eficientes en el campo de la prevención del consumo de drogas, para lo cual se toma como referencia colegios de los estratos medio alto y alto de la ciudad de Bogotá, desde el grado cuarto hasta el grado duodécimo, buscando determinar la edad de inicio de consumo de alcohol y cigarrillo, la sustancia de iniciación de la muestra estudiada y, a su vez, comprobar la hipótesis que presume la relación entre el riesgo percibido por los jóvenes y su experiencia de consumo, tal como lo confirma la tendencia de los resultados de muchos estudios en otros países con poblaciones iguales y/o diferentes a la estudiada en el presente documento.

Asimismo, se compara los grupos que dieron inicio al programa en el año 2006 y los que dieron inicio -en los mismos colegios- en el año 2011-2012 -por contar con colegios calendario B-, encontrando un aumento en la percepción de riesgo de los grupos de inicio de 2011-2012, lo cual sugiere generaciones con mayor idea de daño, en relación con el consumo de alcohol, y a su vez, contextos escolares más permeados por la sistematicidad que un programa preventivo puede ofrecerles, tanto a padres como estudiantes, dando como consecuencia, ambientes que favorezcan justamente mayores percepciones de riesgo.

5. Conclusiones

La descripción epidemiológica de la secuencia observada, así como las percepciones de riesgo y experiencias de consumo comparadas en los años descritos para fines de esta investigación, sugieren la efectividad de la realización del programa *Consentidos*, al retrasar, progresivamente, la experiencia de consumo, mediada por el aumento generacional de la percepción de riesgo del consumo de alcohol y cigarrillo.

Abordaje integral hacia
la vida, la dignidad y la esperanza



Sistematización de experiencias de la implementación del Modelo de Atención Integral al consumidor de Sustancias Psicoactivas en Nariño (MAISPA)

Ana Karen Ceballos Mora

Psicóloga; Estudiante de Maestría en Salud Pública de la Universidad de Nariño; Profesional de apoyo Estrategia Maestro Investic- proyecto de la Gobernación de Nariño y la Universidad de Nariño. Correo electrónico: anitak.1@hotmail.com

Resumen

El Modelo de Atención Integral al Consumidor de Sustancias Psicoactivas en el departamento de Nariño – MAISPA, fue una idea planteada por el Instituto Departamental de Salud de Nariño - IDSN y desarrollada por el Grupo *Psicología y Salud* de la Universidad de Nariño. El MAISPA es un modelo de base comunitaria que tiene por objeto ofrecer diferentes acciones orientadas a la promoción de la salud mental y a la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, pretendiendo que las personas sean rehabilitadas en su comunidad o lo más cerca posible de ella.

La sistematización de experiencias de la implementación del MAISPA en Nariño permitió hacer una reconstrucción del proceso vivido, para analizar e interpretar críticamente lo sucedido y así aprender de nuestra propia práctica. De esta manera, se cuenta con una visión amplia del proceso desarrollado, para abordar la problemática del consumo de sustancias psicoactivas desde la intervención comunitaria, directamente en nueve municipios: Gualmatán, Linares, La Florida, Ancuya, El Rosario, Guaitarilla, Sandoná, Cuaspud Carlosama y La Unión; e indirectamente, en los 64 municipios del departamento.

Más allá de hacer énfasis en los resultados que se alcanzó o no, la sistematización de experiencias se centró en las dinámicas de los procesos y sus movimientos; involucró a todas las partes que participaron en la implementación del modelo, dando lugar a una mejor comprensión de la comunidad, de los cambios que se dio en el proceso, identificando las necesidades actuales para plantear nuevas estrategias encaminadas a su mejoramiento.

Palabras clave: Sistematización de experiencias, Modelo de Atención Integral, Sustancias Psicoactivas.

Systematization of experiences MAISPA

Abstract

The Integral Assistance Pattern to the User of Psychoactive substances in Nariño was an idea raised by the Departmental Health Institute of Nariño and developed by the Psychology and Health Group from University of Nariño. MAISPA is a community-based model that aims to provide different actions to promote mental health and the prevention of psychoactive substances, pretending that people are rehabilitated in their community or as close to it.

The systematization of experiences of implementation of MAISPA in Nariño allowed for a reconstruction of the process lived, to analyze and critically interpret what happened and learn from our own practice. Thus, it has a wide view of the process developed to address the problem of psychoactive substances from the community intervention, directly in nine municipalities: Gualmatán, Linares, La Florida, Ancuya, El Rosario, Guaitarilla, Sandoná, Cuaspud Carlosama and La Union; and indirectly, in the 64 municipalities of the department.

Beyond emphasizing the results achieved or not, the systematization of experiences focused on the dynamics of the processes and their movements; it involved all parties included in the implementation of the model, leading to a better understanding of the community, the changes that occurred in the process, identifying current needs to propose new strategies for improvement.

Key words: Systematization of experiences, Integral Assistance Pattern, Psychoactive Substances.

1. Introducción

En Colombia hay un importante aumento en el consumo de drogas ilícitas. Según el Estudio Nacional de Consumo de drogas, en el país se está consumiendo más sustancias psicoactivas respecto a la media mundial, y la población joven es la más afectada. El departamento de Nariño no es ajeno a esta problemática; actualmente existen aproximadamente 11.010 personas con consumos activos susceptibles de alguna modalidad de intervención o tratamiento, de las cuales 9.214 son responsabilidad directa del IDSN, y de éstas, solamente 2.765 personas entre 10 y 65 años de edad acceden actualmente a los servicios, y constituyen la población actual de atender (Instituto Departamental de Salud de Nariño, 2012).

Sin embargo, Nariño no tenía un sistema integral e integrado de atención al consumidor que pudiera asistir la demanda potencial del departamento, pues si bien contaba con 4 CAD -Centro de Atención en Drogadicción- habilitados, 2 hospitales mentales, y un Modelo de Atención en Salud Mental basado en la atención primaria implementado en los 64 municipios, esta oferta no estaba integrada y carecía de un componente comunitario y de atención primaria centrado en procesos de tamizaje, intervención breve, tratamientos breves ambulatorios e internacionales de corta estancia, que permitieran dar una respuesta efectiva a la problemática, acorde con los desarrollos científicos en la materia, por lo cual el IDSN consideró pertinente que se formulara un Modelo de Atención Integral al Consumidor de Sustancias Psicoactivas, el cual fue implementado por el Grupo Psicología y Salud de la Universidad de Nariño entre los años 2011 y 2012.

El presente proyecto buscó sistematizar las experiencias de la implementación del Modelo de Atención Integral al Consumidor de Sustancias Psicoactivas -MAISPA- en Nariño, a partir de los siguientes objetivos:

1. Describir el proceso de implementación del Modelo de Atención Integral al Consumidor de Sustancias Psicoactivas en Nariño desde la vivencia de los diferentes actores.
2. Establecer las características definitorias, operativas y estratégicas del Modelo de Atención Integral al Consumidor de Sustancias Psicoactivas en Nariño.
3. Analizar los aciertos y limitaciones del papel de cada uno de los actores, en la implementación del Modelo de Atención Integral al Consumidor de Sustancias Psicoactivas en Nariño.
4. Analizar los resultados y lecciones aprendidas en la implementación del Modelo de Atención Integral al consumidor de Sustancias Psicoactivas en Nariño, para mejorar, enriquecer y transformar el modelo.

La sistematización de experiencias permite hacer una reconstrucción del proceso vivenciado para analizar e interpretar críticamente lo sucedido, y así aprender de nuestra propia práctica. De esta manera la sistematización de experiencias del MAISPA da una visión amplia del proceso desarrollado en nueve municipios de Nariño (Gualmatán, Linares, La Florida, Ancuya, El Rosario, Guaitarilla, Sandón, Cuaspud Carlosama y La Unión) para abordar la problemática del consumo de sustancias psicoactivas desde la formación de las denominadas comunidades protectoras.

A partir de la descripción del proceso de implementación del MAISPA desde la vivencia de los diferentes actores fueron establecidas las características definitorias, operativas y estratégicas del modelo, reconociendo que es una estrategia comunitaria que se desarrolla con y desde la comunidad, la cual tiene por objeto ofrecer diferentes acciones encaminadas a la promoción de la salud mental

comunitaria y a la prevención y mitigación del consumo de SPA, garantizando que las personas sean rehabilitadas en su comunidad o lo más cerca posible de ésta.

Con la reconstrucción del proceso se reconoció los aciertos, limitaciones, lecciones aprendidas e impactos de la implementación del MAISPA a partir de los cuales se propuso ajustes para fortalecer y mejorar el modelo desde la gestión en salud mental, el trabajo en red, la formación de líderes, la organización comunitaria y la provisión de servicios de salud desde la comunidad. Así se resalta que cuando se aprende de la propia práctica se puede mejorar, compartir y contribuir al enriquecimiento de la teoría.

Por otro lado, se reconoció las representaciones sociales de las comunidades protectoras, que tienen los diferentes actores sociales que participaron en la implementación del MAISPA, dando fuerza a la concepción de comunidades protectoras y a vislumbrar su conformación como una necesidad para abordar las diferentes problemáticas psicosociales que se presenta en los municipios.

Finalmente, cabe mencionar que los resultados y productos de esta investigación son un aporte significativo para el Grupo de Investigación Psicología y Salud, el Instituto Departamental de Salud de Nariño, las comunidades que participaron en la implementación del MAISPA, las personas interesadas en trabajar el consumo de SPA y para la comunidad científica, puesto que demuestran que las intervenciones comunitarias son una estrategia efectiva para abordar problemáticas psicosociales y reconocen el poder de las comunidades para ser gestoras de cambio. Además, validan el Modelo de Salud Mental de Nariño que propone la rehabilitación basada en comunidad (RBC).

2. Metodología

2.1 Paradigma de Investigación

El presente trabajo se realizó por medio de la investigación cualitativa, que representa un paradigma interactivo y reflexivo que busca comprender e interpretar los fenómenos sociales, las significaciones y los aspectos emocionales que orientan las creencias, comportamientos y percepciones de los actores sociales (Martínez, 2000). Con la sistematización de las experiencias de la implementación del MAISPA se construyó una visión holística del proceso llevado a cabo por el Grupo *Psicología y Salud*.

2.2 Enfoque Metodológico

El enfoque metodológico utilizado fue la etnometodología, puesto que se describió, comprendió y evaluó la experiencia de la implementación del MAISPA, a través de un análisis construido desde la perspectiva de los actores, considerando que los hechos sociales sólo pueden ser concebidos como realizaciones de los miembros de dicha sociedad (Sandoval, 1996).

2.3 Participantes

En la presente investigación participaron 91 personas entre informantes clave, estudiantes y padres de familia. De los informantes clave se buscó tener el mayor número de representantes del IDSN y del equipo operador, mientras que para la selección de informantes clave de los municipios se realizó un muestreo por conveniencia. Partiendo de la sugerencia del equipo operador se identificó 3 personas de cada municipio que estuvieron a lo largo del proceso de implementación y tuvieron la disponibilidad para participar. Por otra parte, se contó con la participación de 29 estudiantes que recibieron algunas réplicas del proceso de implementación del MAISPA y un grupo de 20 padres de familia que se interesaron en la presente investigación.

2.4 Instrumentos y Técnicas para la Recolección de Información

Los instrumentos para la recolección de información aplicados para la sistematización de experiencias del MAISPA, fueron: análisis de documentos, observación participante, entrevista a informantes clave y entrevista a grupo focal.

3. Resultados

La implementación del Modelo de Atención Integral al Consumidor de Sustancias Psicoactivas (MAISPA) por parte del Grupo *Psicología y Salud* se realizó directamente en nueve municipios del departamento de Nariño: Gualmatán, La Florida, Linares, Ancuya, El Rosario, Guaitarilla, La Unión, Cuaspud Carlosama y Sandoná, en los cuales se conformó comunidades protectoras y Centros de Escucha. Asimismo se realizó una implementación indirecta, capacitando al personal de las ESE -Empresa Social del Estado- y a agentes de salud primarios de los 64 municipios del departamento de Nariño.

3.1 SAISPA: la Experiencia Piloto

El Sistema de Atención Integral al Consumidor de Sustancias Psicoactivas (SAISPA) en Nariño -Gualmatán, Linares y La Florida- fue un proyecto formulado por el IDSN e implementado por el Grupo *Psicología y Salud* de la Universidad de Nariño. El SAISPA tuvo un énfasis en las intervenciones de perfil comunitario a través de instancias como las comunidades protectoras, y el modelo de salud mental basado en la atención primaria, articulado al desarrollo e implementación de intervenciones y tratamientos breves específicos y un modelo de canalización y seguimiento desde la comunidad.

En este sentido, el SAISPA brindó capacidad de respuesta tanto al primer nivel de atención, como a la comunidad, para realizar detección temprana y atención a aquellos casos con consumos incipientes, así como la canalización de aquellas personas con abuso y dependencia a instancias que, en conjunto, ayudaron a la mitigación y a la inclusión social.

El SAISPA se desarrolló durante los meses de mayo a diciembre de 2011, mediante capacitaciones en temas relacionados con el consumo de SPA; igualmente se generó en la comunidad de los municipios de Gualmatán, Linares y La Florida, las denominadas Comunidades Protectoras.

Para la ejecución del proyecto se coordinó, articuló y definió compromisos con las alcaldías locales y los sectores municipales involucrados en relación con el tema de consumo de SPA -Salud, Educación, Bienestar, Gobierno, Policía, entre otros-, y se contó con el apoyo explícito y formal de las alcaldías y de las ESE de los diferentes municipios. Además, los Comités Municipales de Política Social de los municipios estuvieron enterados de las actividades y objetivos del proyecto.

En cada municipio se organizó un grupo de líderes comunitarios que se comprometió con el proceso y participó en talleres de capacitación, dirigidos a su formación en tratamientos del consumo de SPA de base comunitaria y al desarrollo y mantenimiento de comunidades protectoras. El grupo de líderes implementó la propuesta comunitaria en cada municipio, de tal manera que se logró conformar la comunidad protectora que se empoderó para trabajar en la prevención y mitigación del consumo de sustancias psicoactivas en su respectivo municipio.

3.2 Proyecto Quimera: Consolidación de los Centros de Escucha

El proyecto Quimera: consolidación de los Centros de escucha en Gualmatán, Linares y La Florida surge después de la experiencia exitosa de la implementación del SAISPA, y con el objetivo de dar

continuidad al proceso. Es así como, el Grupo *Psicología y Salud* de la Universidad de Nariño, con el aval del IDSN, presentó al Ministerio de Salud y Protección Social un proyecto para realizar un énfasis en la consolidación de los Centros de Escucha en los tres municipios mencionados, el cual fue aprobado y asignado al IDSN a través de la Resolución No. 472 del 27 de Diciembre de 2011 emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

La consolidación y fortalecimiento de los Centros de Escucha en estos municipios respondió a la capacidad resolutive y de acción que habían tenido en su ejecución, de manera que se buscaba reforzar y afianzar tanto los conocimientos de la comunidad protectora, como sus principios comunitarios de acción para la inclusión social de personas en consumo y comunidad en general. De junio a diciembre de 2012 se reforzó las capacitaciones de la comunidad protectora, se capacitó al personal de salud de la ESE y se buscó alianzas estratégicas que permitieran la consolidación y mantenimiento de los Centros.

Se abordó transversalmente cuatro focos: difusión y convocatoria, recuperación de la memoria histórica, concertación de redes de apoyo y sentido de pertenencia y apoyo social, teniendo en cuenta las necesidades y recursos de cada contexto intervenido; cada uno de estos focos contenía unas acciones estratégicas adelantadas en cada municipio a partir de los recursos propios de la comunidad, que buscaban la consolidación de los procesos comunitarios para una sostenibilidad desde la capacidad instalada lograda en el año 2011 en las comunidades protectoras.

Se desarrolló jornadas de refuerzo con las comunidades protectoras en aspectos relevantes del consumo de SPA, para lo cual se consideró pertinente partir desde las necesidades de cada comunidad. Se trabajó en favorecer la inclusión social desde los recursos de los tres municipios, por lo cual se concretó alianzas con las diferentes instituciones, de tal manera que se construyó redes de apoyo orientadas a garantizar a las personas con consumo, el acceso a ofertas laborales, sociales, educativas, culturales. En este punto las instituciones educativas fueron los aliados estratégicos para la inclusión social del consumidor.

3.3 Proyecto Fénix: Asesoría y Acompañamiento a Nuevas Comunidades Protectoras y Centros de Escucha

El proyecto Fénix: asesoría y acompañamiento a la consolidación de Comunidades protectoras y Centros de escucha en los municipios de Ancuya, El Rosario y Guaitarilla surge después de la experiencia exitosa de la implementación del SAISPA y el interés de estos municipios por formar Comunidades protectoras y Centros de escucha. De esta forma, el Grupo *Psicología y Salud* de la Universidad de Nariño presentó, con el aval del IDSN, al Ministerio de Salud y Protección Social un proyecto denominado *Proceso de asesoría y acompañamiento a la consolidación de Comunidades protectoras y Centros de escucha en los municipios de Ancuya, El Rosario y Guaitarilla*, el cual fue aprobado y asignado al IDSN a través de la Resolución No. 472 del 27 de Diciembre de 2011 emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

El interés de estos municipios por formar Comunidades protectoras y Centros de escucha surgió en el 2011, cuando fueron convocados por el IDSN y participaron en una capacitación dirigida al personal de salud de los municipios priorizados, realizada por el Grupo *Psicología y Salud*, cuyo tema central fue la intervención breve, para lo cual fue pertinente retomar el proceso que en ese momento se estaba desarrollando en Gualmatán, Linares y La Florida, y reconocer la importancia del trabajo de problemáticas como el consumo de sustancias psicoactivas desde la base comunitaria. A partir de lo trabajado en la capacitación, los municipios en mención iniciaron autónomamente el proceso de formación de Comunidades protectoras y Centros de escucha.

La decisión de crear estos Centros de escucha comunitarios se consideró como un avance significativo en el empoderamiento de la comunidad frente a la problemática del consumo de sustancias psicoactivas, puesto que, proporcionar procesos de acompañamiento y asesoría que incluyan capacitaciones, encuentros de intervención comunitaria, asesorías en temas específicos de promoción en salud mental y en prevención de sustancias psicoactivas y atención al consumo, posibilitaba fortalecer las redes entre aliados estratégicos y la comunidad protectora, consolidando un centro de escucha integrado a un sistema escalonado de atención altamente efectivo, dando respuesta al Modelo de Salud basado en la atención primaria.

El proceso de asesoría y acompañamiento a la consolidación de Comunidades protectoras y Centros de escucha en los municipios de Ancuya, El Rosario y Guaitarilla se realizó de Junio a Diciembre de 2012, para lo cual fue necesario hacer una lectura del proceso que estos municipios habían tenido en la construcción de la comunidad protectora y el centro de escucha, y a partir de ahí reorientar el proceso según los lineamientos planteados en el MAISPA. En este punto, la no-existencia de archivos o de procesos de empalme que dieran información acerca de los avances o experiencias en comunidad, hizo que las iniciativas y apuestas de los municipios se vieran estancadas.

Primero se realizó un mapeo comunitario, a través del cual se estableció la situación actual de cada municipio, sus problemáticas, sus redes vinculares, y se dio a conocer el MAISPA y los compromisos frente a su implementación. De esta manera se estableció acuerdos y compromisos con los agentes primarios y secundarios de salud mental de los tres municipios; algunos representantes de la alcaldía, las ESE y el sector educativo se comprometieron a apoyar el proceso y a seguir las indicaciones de la circular 172 del 25 de Julio de 2012 emitida por el IDSN, la cual buscaba el respaldo frente a la implementación del MAISPA por parte de alcaldes, autoridades y direcciones locales de salud en todos los municipios de Nariño.

Posteriormente se abordó temáticas relacionadas con el consumidor, comunidad y evaluación de la etapa de motivación para el cambio, a través de las cuales se logró el acercamiento a los participantes y el re-conocimiento de la etapa de motivación en la que estaba la comunidad. Asimismo, se consiguió propiciar el concepto de redes y comunidad protectora, además de los principios comunitarios, lo cual permitió a la comunidad hacer su propia lectura de cómo están funcionando las redes en el municipio entre los diferentes actores y cómo en muchas ocasiones la responsabilidad es puesta sólo en las manos de algunas personas o instituciones de la comunidad, desconociendo el papel activo que tiene toda la comunidad.

Así, se conformó la comunidad protectora en cada municipio, con un grupo de líderes comunitarios comprometidos con el proceso, quienes fueron capacitados y entrenados, abordando aspectos relevantes del problema del consumo de SPA, identificación y el manejo de los casos, rutas de atención, trabajo en red y rehabilitación basada en comunidad.

Las comunidades protectoras trabajaron con sus propios recursos y potencialidades, y desde los principios comunitarios buscaron alternativas de bienestar para su municipio, lo cual se reflejó en las acciones colectivas realizadas para prevenir y mitigar el consumo de sustancias psicoactivas y en la construcción y ejecución de un plan operativo.

3.4 Proyecto Caminantes: Una réplica del SAISPA

Considerando la experiencia exitosa que arrojó el proyecto SAISPA en Gualmatán, La Florida y Linares, y dado que el departamento de Nariño no contaba con un sistema integral e integrado

de atención al consumidor que pudiera atender la demanda potencial del departamento, el Grupo *Psicología y Salud* de la Universidad de Nariño presentó, con el aval del IDSN, al Ministerio de Salud y Protección Social un proyecto denominado *Sistema de Atención Integral para el Consumidor de Sustancias Psicoactivas en tres municipios del departamento de Nariño*, el cual fue aprobado y asignado al IDSN a través de la Resolución No. 472 del 27 de Diciembre de 2011 emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

El IDSN designó a los municipios de La Unión, Cuaspud Carlosama y Sandoná para el desarrollo de este proyecto, teniendo en cuenta sus buenos resultados en la implementación del Modelo de Salud Mental.

De junio a diciembre de 2012 se implementó un Sistema de Atención Integral para el Consumidor de Sustancias Psicoactivas, el cual se apoyó primordialmente en el desarrollo de intervenciones comunitarias y en un esquema de atención primaria en salud centrada en la provisión de intervenciones breves y ambulatorias altamente efectivas, instaladas sobre el modelo de salud basado en la atención primaria desarrollado en los 64 municipios del departamento, y se complementó con la provisión de intervenciones especializadas tanto ambulatorias como de internación de baja, mediana y alta complejidad para los casos que así lo requirieran.

En los municipios de La Unión, Cuaspud Carlosama y Sandoná se conformó una comunidad protectora que se empoderó del proceso, la cual fue sensibilizada y entrenada, abordando aspectos relevantes del consumo de sustancias psicoactivas, de tal manera que contara con las herramientas necesarias para realizar una intervención breve con personas consumidoras, seguir la ruta de atención, trabajar en redes vinculares y así garantizar una rehabilitación basada en comunidad.

3.5 Proyecto de expansión

El departamento de Nariño cuenta con una ESE en cada uno de los 64 municipios, la cual brinda atención de primer nivel y es, por ende, la encargada de atender a las personas que consumen SPA cuando así lo requieren, o se presenta una sobredosis o intoxicación, entre otras problemáticas, razón por la cual se infiere que este personal de salud requiere capacitación permanente para la atención de personas con esta problemática, partiendo con que deben contar con la sensibilización humana del dilema de consumo para la comprensión y atención adecuada de los casos para así poder brindar un servicio integral a la comunidad.

La instalación de un programa de base comunitaria en el personal técnico y profesional de las ESE en cada uno de los 64 municipios del departamento de Nariño para la atención integral al consumidor de sustancias psicoactivas, tiene un énfasis en las intervenciones de perfil comunitario a través de la articulación de los contextos individual, familiar, comunitario y organizacional desde estrategias de promoción, prevención y atención primaria, articulado al desarrollo e implementación de intervenciones breves.

4. Discusión

Sistematizar las experiencias de la implementación del Modelo de Atención Integral al Consumidor de Sustancias Psicoactivas –MAISPA– en Nariño, permitió analizar e interpretar críticamente el proceso desarrollado en cada uno de los municipios intervenidos. Consecuentemente se extrajeron aprendizajes (lecciones) significativos para fortalecer y mejorar el MAISPA como un modelo que se hace desde y con la comunidad.

Al respecto, Jara (2012) plantea que a través de la sistematización de experiencias se hace una reconstrucción del proceso vivido para analizar e interpretar críticamente lo sucedido y así aprender

de nuestra propia práctica. Cuando se aprende así, la práctica puede ser mejorada y compartida, y contribuir al enriquecimiento de la teoría.

Con los hallazgos de esta sistematización de experiencias se retoma la siguiente definición y propósito y se propone nuevos ejes de acción del MAISPA, los cuales están relacionados con el Modelo de Salud Mental de Nariño:

4.1 Definición del MAISPA

El Modelo de Atención Integral al Consumidor de Sustancias Psicoactivas –MAISPA- es una estrategia comunitaria que se desarrolla con y desde la comunidad, la cual tiene por objeto ofrecer diferentes acciones encaminadas a la promoción de la salud mental comunitaria y a la prevención y mitigación del consumo de SPA, garantizando además que las personas se rehabiliten al interior de su comunidad o, por lo menos, en contacto con ella.

El MAISPA parte del supuesto de que el consumo de SPA se relaciona con los sistemas personal, familiar, comunitario y socio cultural del ser humano, por lo cual el foco de atención deja ser solamente el individuo que consume, para pasar a comprender los diferentes sistemas en interacción. De esta manera, el modelo convoca a todos los actores de la comunidad desde una visión ecológica, para fortalecer el empoderamiento y participación comunitaria y, desde el trabajo en red, intervenir en la promoción de la salud mental comunitaria y la prevención y mitigación del consumo de SPA (Villalobos et al., 2011a).

En este punto se reconoce la responsabilidad de todos y cada uno de los actores sociales y se propende por su cumplimiento, por lo cual se espera que el consumidor asuma su responsabilidad frente a su salud, que su familia se apersona del cuidado adecuado, que las instituciones sociales permitan una apropiada integración del consumidor a la sociedad, que la justicia garantice el respeto por los derechos fundamentales de la persona consumidora y que también le exija su deber de respetar los derechos de los demás, que el sistema de salud le ofrezca los servicios que se requiere para el mejoramiento de su condición de salud y bienestar, etc. De igual manera, se espera que quienes fijan las políticas públicas en el municipio o departamento, asuman la responsabilidad por generar las condiciones que permitan un mejoramiento integral de vida de sus habitantes, sin ningún tipo de exclusión (Villalobos et al., 2011a).

Para garantizar el cumplimiento de las responsabilidades de los diferentes actores sociales se propone trabajar en red y conformar las comunidades protectoras, cuyo propósito es realizar acciones tendientes a prevenir y mitigar el consumo de SPA y fomentar la salud mental de la comunidad en la que viven. Igualmente, se plantea activar la ruta de atención intersectorial que exija la participación de los diferentes actores sociales en la atención y rehabilitación de la persona del consumidor (Villalobos et al., 2011b).

4.2 Propósito de MAISPA

Ofrecer con y desde la comunidad, diferentes acciones orientadas a la promoción de la salud mental comunitaria, a la prevención y mitigación del consumo de SPA, a la rehabilitación basada en comunidad y a la inclusión social, brindando así una atención integral a la persona del consumidor (Villalobos et al., 2011a).

4.3 Ejes de Acción del MAISPA

Los ejes de acción que se propone para fortalecer el MAISPA surgieron de la revisión e integración de las dimensiones del MAISPA y los ejes de acción del Modelo de Salud Mental de Nariño (Ver Figura).



Figura 1. Ejes de Acción del MAISPA.

5. Conclusiones

La sistematización de experiencias del Modelo de Atención Integral al Consumidor de Sustancias Psicoactivas permitió evaluar el proceso desarrollado de una manera compleja, puesto que más allá de hacer énfasis en los resultados que se alcanzó o no, se centró en las dinámicas de los procesos y sus movimientos, involucró a todas las partes que participaron en la implementación del modelo, dando lugar a una mejor comprensión de la comunidad, de los cambios que se dio en el proceso, e identificando las necesidades actuales para plantear nuevas estrategias encaminadas a mejorar el modelo.

Se contó con un análisis crítico de los aciertos, limitaciones, lecciones aprendidas e impactos de la implementación del Modelo MAISPA a partir de lo cual se propuso ajustes para su fortalecimiento y mejora. De esta manera se espera realizar gestiones en salud mental, trabajar en red, formar líderes en temáticas relacionadas con el consumo de SPA, facilitar la organización comunitaria y la provisión de servicios de salud desde la comunidad.

Se demostró que las intervenciones comunitarias son efectivas para resolver las problemáticas psicosociales y que las comunidades cuentan con las capacidades, habilidades y recursos para desarrollar acciones tendientes a mejorar la salud mental de su contexto. Se resalta que las comunidades en las cuales se implementó el Modelo reconocieron los beneficios de desarrollar este tipo de proyectos.

Se demostró que el Modelo de Atención Integral al Consumidor de Sustancias Psicoactivas se articula con el Modelo de Salud Mental de Nariño y responde a la atención primaria en salud mental.

Referencias

- Instituto Departamental de Salud de Nariño (2012). *Estudios Previos sobre el Consumo de Sustancias Psicoactivas*. Manuscrito no publicado, Instituto Departamental de Salud de Nariño, Colombia.
- Jara, Ó. (2012). Sistematización de experiencias, investigación y evaluación: aproximaciones desde tres ángulos. Educación Global 1. Recuperado de: <http://educacionglobalresearch.net/wp-content/uploads/02A-Jara-Castellano.pdf>
- Martínez, M. (2000). *La Investigación Cualitativa Etnográfica en Educación. Manual Teórico-Práctico*. México D. F.: Editorial Trillas.
- Sandoval, C. (1996). *Investigación Cualitativa*. Bogotá: Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior.
- Villalobos, F., Figueroa, D., Quiroz, S., Torres, M., Ortiz, P. y Rojas, F. (2011a). *Manual para la implementación de un programa de intervención en casos de consumo de sustancias psicoactivas en municipios de Nariño*. Pasto, Colombia: Instituto Departamental de Salud de Nariño, Universidad de Nariño.
- (2011b). *Manual de orientación estratégica para comunidades protectoras y centros de escucha*. Convenio Ministerio de la Protección Social, Instituto Departamental de Salud de Nariño, Universidad de Nariño. Pasto- Colombia: Universidad de Nariño.

Abordaje integral hacia
la vida, la dignidad y la esperanza



Sistematización de las experiencias de implementación de la Estrategia Zonas de Orientación Universitaria ZOU en San Juan de Pasto¹

Sandra Yaneth Quiroz Coral

Psicóloga - Universidad de Nariño; Especialista en Promoción de Salud y Prevención de la enfermedad - Universidad Mariana; Magíster en Drogodependencias - Uned Costa Rica; Docente Tiempo Completo Universidad Mariana.
Correo electrónico: sayaquí2002@yahoo.es

Jenny Alejandra Bastidas López

Estudiante de Psicología - Universidad Mariana; Diplomado en Inclusión social, abordaje comunitario y consumo de sustancias psicoactivas, Universidad Mariana. Correo electrónico: alejabastidas95@gmail.com

Karen Victoria Delgado Villacrés

Estudiante de Psicología - Universidad Mariana; III Congreso Internacional de Suicidio - Hospital Universitario Departamental de Nariño. Correo electrónico: karendelgadov1995@gmail.com

Stefanny Revelo Villota

Estudiante de Psicología - Universidad Mariana; Diplomado en Inclusión social, abordaje comunitario y consumo de sustancias psicoactivas, Universidad Mariana; Integrante ZOU UNIMAR (1ª. Fase); Miembro Sociedad Latinoamericana de Estudiantes de Psicología (SOLEPSI). Correo electrónico: stefannyrv14@gmail.com

¹ Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, Programa de Psicología, Grupo: Psicología y Desarrollo Humano, Área de Conocimiento: Psicología Clínica y Salud Mental. Línea de Investigación: Salud y Bienestar en Contextos. Fecha de terminación del proyecto: En Curso – Diciembre de 2015

Resumen

La Estrategia Zonas de Orientación Universitaria –ZOU- es un proceso complejo de base comunitaria que opera desde el bajo umbral, cuyos actores tienen la responsabilidad mutua de forjar una mirada humana y fraterna consigo y con el otro, desde la escucha activa, el acompañamiento, la canalización y el trabajo en red integral e integrado, ante situaciones de vulnerabilidad.

Se desarrolla en diversos territorios de Colombia; en Nariño, en el Servicio Nacional de Aprendizaje SENA, la Universidad Mariana, como operadora de la estrategia, la Institución Universitaria CESMAG, la Fundación Universitaria San Martín –FUSM-, la Universidad Cooperativa de Colombia –UCC- y la Universidad de Nariño, quienes asumieron el reto de ser pioneros en la construcción y desarrollo de la propuesta.

El objetivo general es -Sistematizar las experiencias resultado de la implementación en las instituciones de educación superior, como una forma de generar nuevo conocimiento, apoyándose en los objetivos específicos: -Reconstruir el proceso de implementación de la estrategia ZOU, -Determinar las características definitorias y operativas de la estrategia ZOU, -Analizar las prácticas llevadas a cabo dentro de la implementación de la estrategia ZOU y, finalmente, -Describir las lecciones aprendidas resultado de la implementación, siendo fundamental el paradigma cualitativo desde un enfoque Crítico social y como método, la Etnometodología. La población contemplada fue toda la comunidad universitaria.

Actualmente el trabajo se encuentra en el proceso de discusión de la información y es a partir de este punto en el que se ofrece los resultados parciales.

Palabras clave: Sistematización de experiencias, ZOU, Inclusión social, Mitigación, reducción del daño.

Systematization of Experiences of Implementation of the Strategy University Orientation Zone in San Juan de Pasto

Abstract

The University Orientation Zone strategy is a complex process of community-based, operating from the low threshold, whose actors have mutual responsibility to forge a human and fraternal look with themselves and the other, from active listening, accompaniment, channeling and work on comprehensive and integrated network, in situations of vulnerability.

The strategy is developed in diverse areas of Colombia: in SENA, *Universidad Mariana*, as operator of the strategy, *I.U.CESMAG*, *Fundación Universitaria San Martín*, *Universidad Cooperativa de Colombia* and *Universidad de Nariño*, who took on the challenge of being pioneers in the construction and development of the proposal.

The main objective is -Systematize experiences result of the implementation in the institutions of higher education as a way to generate new knowledge, based on the specific objectives: -Rebuild the process of implementing the strategy ZOU, -Determine the defining and operational characteristics of the strategy ZOU, -Analyze the practices carried out in implementing the strategy ZOU and finally -Describe lessons learned result of implementing, being essential, the qualitative paradigm from a social critical approach and the ethnomethodology as a method. The population was the entire university community.

The work is at the present moment in the process of discussion of the information and from this point the partial results are offered.

Key words: Documentation of experiences, ZOU, social inclusion, Mitigation, harms reduction.

1. Introducción

La necesidad de trabajar una propuesta dirigida a la mitigación del consumo de sustancias psicoactivas (SPA), surge por la investigación inicial *Diagnóstico de consumo de SPA en población universitaria de la I.U. CESMAG y Universidad Mariana* en el 2011, que dio clara cuenta de la convivencia con el consumo de estas sustancias y la no existencia de estrategias de mitigación frente a una situación que ya se había iniciado, por lo cual la prevención selectiva tenía lugar, pero no desde una mirada lineal sino compleja donde el consumo es responsabilidad de todos, no sólo de quien lo elige, o de la familia. De ahí que la estrategia Zonas de Orientación Universitaria (ZOU) se hace necesaria pues busca transformar las representaciones sociales asociadas a diferentes prácticas que generan exclusión y discriminación de estudiantes, docentes, personal de administración y demás actores, como consecuencia del uso de droga, para generar prácticas de promoción de la salud y prevención del consumo, mitigación y auto regulación de los consumos a través de la integración de los sujetos en la vida universitaria, el fortalecimiento de las redes y el desarrollo de actitudes y prácticas inclusivas que promuevan estilos de vida saludables y mejoren la calidad de vida de la comunidad universitaria.

Se presentaría la iniciativa de implementar esta estrategia al Ministerio de Salud y de la Protección Social (MSPS), y a nivel departamental al Instituto Departamental de Salud de Nariño (IDSN), contando con el aval y la financiación a partir de la firma de un contrato por 80 millones (2013000996 del 4 de septiembre de 2013 a Mayo de 2014).

El Proyecto se llevó a cabo como pilotaje en seis instituciones de educación superior: Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), Institución Universitaria I.U.CESMAG, Universidad Mariana, operadora de la estrategia, Fundación Universitaria San Martín, Universidad Cooperativa de Colombia y Universidad de Nariño.

La implementación de ZOU implicó un proceso de investigación acción participación, formas de manejo y re significación de los conocimientos sociales asociados a situaciones de vulnerabilidad, como el consumo de sustancias psicoactivas, que hoy en día se hace necesario sistematizar para reconocer de manera crítica, si las situaciones dadas para modificar el problema fueron abordadas suficientemente desde la orientación y metodología de la estrategia en particular.

La sistematización de las experiencias de la estrategia ZOU se acompaña de los siguientes objetivos específicos: -Reconstruir el proceso de implementación de la estrategia ZOU, -Determinar las características definitorias y operativas, -Analizar las prácticas llevadas a cabo dentro de la implementación de la estrategia y finalmente -Describir las lecciones aprendidas, resultado de la implementación.

Sistematizar esta experiencia permite recuperar las prácticas sociales, insumos para la construcción de teoría, las experiencias vividas asociadas a educación, promoción y organización comunitaria como conocimientos en la acción y generar preguntas nuevas que motivan otros procesos.

Visibilizar las relaciones y contradicciones en la implementación de la estrategia ZOU da cuenta del proceso de intervención llevado a cabo durante ocho meses, y reconstruir esta experiencia desde

una mirada crítica da cuenta de la lógica que siguió la implementación para comprender y mejorar las prácticas comunitarias orientadas a los servicios de bajo umbral.

El proceso metodológico implicó una mirada desde el paradigma cualitativo, que permitió un acercamiento a los fenómenos sociales por parte de los investigadores, participando activamente en las comunidades donde la estrategia tuvo lugar, para comprender el sentido dado por la comunidad a las interconexiones sociales, resultado de las interpretaciones de la realidad subjetiva, personal, delimitada por un territorio percibido.

Desde el enfoque crítico social se pretende que los individuos analicen la realidad y se incorporen a la evolución de los valores para mejorar su calidad de vida y aprender de sus experiencias. La sistematización como método permite ordenar la experiencia a través de la descripción, el análisis y la proyección.

La población estuvo constituida por las seis instituciones de educación superior representadas en estudiantes, directivos, administrativos, padres de familia, sector externo, entre otros, entendidos como comunidad educativa, durante el periodo septiembre de 2013 a mayo de 2014.

Finalmente, la sistematización de esta estrategia se lleva a cabo con personas que participaron de ella, a partir del análisis documental, la entrevista, los cuestionarios, los grupos focales y la lista de chequeo que se aplicó a actores claves del proceso con el fin de tener un panorama lo más participativo y diverso que permitiera una visión más sólida y fiable del proceso.

2. Metodología

Esta investigación se desarrollará a través del paradigma de investigación cualitativo, dado que éste permite un acercamiento a los fenómenos sociales por parte del investigador, participando del mundo de los grupos sociales que investiga. En esta perspectiva, el investigador tiene un papel fundamental en la recolección de información, pues de él dependerá gran parte de la forma como se acerca a la realidad y los datos que de ella puede tomar (Hernández, Fernández y Baptista, 2003).

Teniendo en cuenta que la investigación se basa en el paradigma cualitativo, utiliza el enfoque crítico social que sirvió para identificar una forma de actividad emprendida por los grupos humanos que buscan modificar sus circunstancias y alcanzar beneficios comunes, en lugar de promover fines de índole individual.

2.1 Método: Etnometodología

La etnometodología plantea que no se debe aceptar ni rechazar lo que los miembros de la sociedad dicen sobre su accionar; se debe esperar y tratar como parte del fenómeno, o sea, considerar el planteamiento de una explicación como un elemento que debe ser investigado junto con las actividades de lo que expresa y pretende aclarar, pues su interés fundamental es aclarar y hacer visible la competencia de los miembros de un grupo social, para comprender sus realidades.

2.2 Diseño metodológico

La población participante correspondió a directores, administrativos, docentes, estudiantes, sector externo, que forman parte de la comunidad universitaria delimitada por un territorio, a saber: el Servicio Nacional de Aprendizaje SENA, la Institución Universitaria CESMAG, la Universidad Mariana como operadora de la estrategia, la Fundación Universitaria San Martín, la Universidad Cooperativa de Colombia y la Universidad de Nariño.

Al interior de cada universidad se conformó comunidades locales de prevención, es decir, un conjunto de redes de relaciones -instituciones y/o personas-, unidas por la percepción de una situación caótica o problemática sobre la cual no se ha encontrado solución. Es un lugar de encuentro y posible desencuentro -a favor de acciones o en contra de las mismas-, de líderes de opinión que se interesan y motivan por una salida a una situación no deseada.

2.3 Participantes

Las personas que participarán en la sistematización serán vicerrectores de bienestar universitario y de aprendices, psicólogos operadores de la estrategia en cada universidad, psicólogos de bienestar universitario y de bienestar de aprendices, red operativa de cada ZOU y la coordinación general de la estrategia para las seis IES.

2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de información

2.4.1 La entrevista como técnica de investigación social, de acuerdo con (Eroles, 2005), se refiere a una conversación dinámica para proporcionar información que comienza a partir de una conversación entre dos o más personas con un propósito deliberado y mutuamente aceptado por los participantes. El relato de la entrevista se somete a un proceso de reelaboración que va desde la descripción a la interpretación y a la explicación, produciéndose en los interlocutores, conocimientos, situaciones sociales, hechos de la realidad, etc. y aprendizajes sociales -trato, comportamientos, crecimiento personal, etc.-.

Según Guinea (1998, citado por Cáceres, Oblitas y Parra, 2000), la entrevista propicia la experimentación de nuevas ideas, mejora los pasos conocidos y ofrece mayores respuestas a las exigentes demandas del entorno social.

Los propósitos de la entrevista pueden ser diversos, pero los más usuales son investigar y orientar para obtener información, es decir, determinar ciertas características y condiciones del entrevistado, conocer opiniones, creencias, comportamientos, sentimientos frente a determinados hechos y situaciones (Cáceres et al., 2000).

García (1983) refiere que:

La entrevista debe considerarse no sólo como el instrumento de evaluación o exploración psicológica que precede a cualquier modalidad de intervención o de toma de decisiones, sino que es el sistema de interacción mediante el cual se realiza todo el proceso de evaluación - intervención.

Esta herramienta cualitativa abarca una serie de características conceptualizadas por el mismo autor: relación entre más de dos personas, vía de comunicación oral, simbólica y bidireccional, objetivos prefijados, asignación de roles.

Las ventajas de la entrevista enunciadas por Fernández-Ballesteros (1993, pp. 252-260) son la relación interpersonal, pues ofrece a una persona la posibilidad de ser escuchada por otra, además de permitirle aportar información y recomendaciones derivadas de ésta; la flexibilidad, especialmente en la entrevista semi estructurada que permite realizar retroalimentación, avanzar o retroceder, tener la posibilidad de observación, no sólo del comportamiento verbal sino del no-verbal, y de registrar grandes cantidades de información de tipo subjetivo (pensamientos y emociones) y posibilidad de evaluación.

Las entrevistas semi-estructuradas están basadas en el uso de una guía y una lista de preguntas que requieren ser abordadas en un orden determinado. El entrevistador puede añadir nuevos temas que

emergen del curso de la entrevista; generalmente son entrevistas enfocadas o en profundidad, pues su propósito es obtener de manera completa y detallada el tema de interés (Peñarrieta, 2005, p. 42.)

Se recomienda realizarla en un espacio que posibilite una conversación fluida, sin interrupciones y distracciones para el entrevistado y el entrevistador. Para tener un registro de lo ocurrido se sugiere contar con una grabadora, la cual debe ser usada con previa autorización del entrevistado.

Para los propósitos de la presente investigación se entrevistará a psicólogos operadores de la estrategia en cada universidad, psicólogos de bienestar universitario y de bienestar de aprendices y la coordinación general de la estrategia para las seis IES.

2.4.2 El grupo focal. Es una técnica de investigación social que consiste en la valoración y juego de percepciones de un grupo no mayor a 10-12 personas (no menor de 6) sobre un tema particular. En ocasiones es usado con una finalidad evaluativa, para considerar la calidad de un servicio o un objeto, o también para conocer la opinión común sobre un tema. El grupo debe responder a unas características de homogeneidad que permitan propiciar confianza entre los participantes y no amenaza por diferencias en edad, jerarquía y/o sexo, y a una relativa diferencia que posibilite considerar que la información se enriquece con el colectivo. El grupo es orientado por una persona que, bajo una relativa neutralidad, no tomará posición a favor de las opiniones expresadas, sino, por el contrario, favorecerá la expresión espontánea de los participantes, reconociendo de manera atenta aquellas situaciones que inhiban la participación o se conviertan en una barrera para el desarrollo del grupo. Se realiza en un espacio que no genere interrupciones por algún ruido o situación, y en un tiempo no mayor a una hora y media. En ocasiones, el grupo focal cuenta con un observador que toma nota de las características de los participantes y la dinámica del grupo, dado que el orientador está en la coordinación del espacio y se puede perder detalles útiles para reconocer la calidad de la información.

Esta técnica se aplicará en las seis IES con los integrantes de las comunidades locales de prevención.

2.4.3 La Lista de chequeo. Es una herramienta que permite apoyar procedimientos sistemáticos; se elabora como guía para la ejecución de la auditoría y para el registro de hallazgos y conclusiones.

Se utiliza preguntas orientadoras que serán respondidas positiva o negativamente (si o no) para identificar problemas u oportunidades de mejora; la información recolectada sólo será utilizada internamente en la investigación.

Este instrumento se aplicará únicamente a vicerrectores de bienestar universitario y de aprendices; consta de ocho preguntas y toma un minuto en responderse.

2.4.4 El análisis documental. Corresponde a los diferentes insumos de cada ZOU, y permitirá dar respuesta a 13 preguntas que buscan ser una fuente más que complementa la sistematización.

Es el análisis de contenido de los documentos; es decir, del mensaje informativo que contiene un documento plasmado en un texto, imagen, sonido, o multimedia donde se encuentra ligada la documentación.

Es la operación que consiste en seleccionar las ideas de información relevantes de un documento, a fin de expresar su contenido sin ambigüedades para recuperar la información en él contenida. (Solís, s.f.).

3. Resultados Parciales

En respuesta a los objetivos planteados, las características definitorias de la estrategia fueron la Política Nacional para la Reducción del consumo de SPA (2007), de la cual es fundamental el hecho

donde el centro ya no es la droga sino el sujeto integral, y el Modelo de reducción del daño, concepto acuñado a partir de las experiencias de Liverpool, Ámsterdam y Rotterdam en los años 80.

Ya en 1974, el 20° Informe del Comité de Expertos de la OMS declaraba que

...el principal objetivo en este campo debería ser prevenir o reducir la incidencia y severidad de los problemas asociados con el uso no médico de drogas. Éste es un objetivo mucho más amplio que la prevención o reducción del uso de drogas per se. (Documento marco sobre reducción de daños. CONFERENCIA DE CONSENSO. Barcelona, 27-29 de Abril de 2000).

El Modelo de Reducción del Daño ratifica que el consumo de drogas en la sociedad en general es inevitable, a pesar de todos los esfuerzos que se ha realizado para evitarlo; que no es posible un mundo libre de drogas, que éstas siempre han existido, existen y existirán; que las sustancias que modifican la conciencia y/o el estado de ánimo han sido utilizadas por hombres y mujeres en todas las etapas de la civilización; que el uso de SPA está hoy totalmente insertado en nuestra sociedad, y prueba de ello es el alto número de consumidores en todas las capas sociales. De ahí que lo importante es el daño, no el consumo en sí mismo. Si nos referimos a un antes, las SPA eran usadas con fines míticos y religiosos, para predecir el destino de los pueblos; no obstante, hoy son una mercancía que se consume y genera dividendos como parte de las tendencias de mercado.

Otro elemento definitorio fue el Modelo de inclusión social para personas consumidoras de SPA (2007), el cual ratifica la necesidad de intervenir tempranamente, tratar, asesorar, prevenir recaídas, hacer seguimiento después del tratamiento, y facilitar la integración social de las personas en situaciones relacionadas con el consumo de SPA, siendo este último enunciado, fundamental dentro de la ZOU, que requiere cuestionar las representaciones sociales de estigma y exclusión que se ha creado a partir de la forma como se ha abordado el tema de las drogas, donde se creía posible su erradicación del planeta y la convivencia en un mundo libre de ellas, entre otras utopías, cuya sostenibilidad ha generado un gran costo en todos los aspectos. Hoy en día, cuando lentamente se acepta que esto no es posible, se encamina a vincular a las personas que por múltiples razones legales e ilegales se ven afectadas, y se tiene consciencia de que es necesario reducir los daños sociales y comunitarios. El modelo de inclusión social llevó a trabajar ésta desde su complejidad; es decir, los aspectos sociales, económicos, culturales y políticos que la generan; de ahí que ZOU debe formar parte del quehacer de Bienestar Universitario, o quien haga sus veces, y transversalizar los procesos.

En esta misma línea definitoria estaría el Meta-modelo ECO², una propuesta para diseñar estrategias de atención integral para situaciones de sufrimiento social. El nombre ECO² (Machín, 2014) se construyó a partir de algunos de los elementos esenciales del meta-modelo, como un juego de palabras: Epistemología de la Complejidad –ECO–, Ética y Comunitaria –ECO–, por lo tanto algebraicamente, ECO + ECO = ECO². ECO también hace referencia a la raíz griega “Casa”, y está en la etimología de Ecumenismo y Ecología, aludiendo a procesos de inclusión social que promueve el modelo.

ECO² implica considerar el rol central de la comunidad como espacio-tiempo (físico pero, sobre todo, relacional y simbólico), productor y reproductor de procesos de inclusión y exclusión, así como actor protagónico de la intervención, y en la perspectiva ética (en la línea de Dussel (1998) y Morin (2006), el respeto irrestricto a la dignidad de las personas y las comunidades; por lo tanto, la promoción de los derechos humanos y la exigencia de buscar limitar y contrarrestar los fenómenos de exclusión y sufrimiento social de manera profesional. Obliga, así mismo, el reconocimiento y la reflexión, por parte de quienes intervenimos, de nuestras propias motivaciones, limitaciones, errores y la necesidad de evaluación y supervisión constante (Machín, 2014).

En seguida, un elemento definitorio sería el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, -PDSP-,

que define la actuación articulada entre actores y sectores para crear condiciones que garanticen el bienestar integral y la calidad de vida en Colombia, permitiendo acoplar la salud en todas las políticas públicas de desarrollo humano, económico, ambiental y social.

El PDSP retoma la salud como un derecho humano; esto implica que la única manera de no acceder a ella es cuando muera; entonces, el consumo de SPA no es una razón para perder este derecho, por ende, independientemente del consumo, como ser humano se debe brindar las condiciones que garanticen el mayor estado de bienestar físico, social y comunitario de salud.

Fue también parte de estos elementos, el documento de Adelaida (2010), el cual ratifica los planteamientos del PDSP en referencia a ampliar la mirada de salud y ser parte de todas las políticas, en la medida en que el concepto adquiere una mirada compleja relacionada con la salud como derecho, y desde múltiples enfoques. ZOU entonces se visualiza como un espacio que promueve la salud integral e integrada desde una perspectiva de derechos y enfoques.

Apoyada en diferentes normatividades como la Ley 1438 (2011) sobre la atención primaria en salud, la cual desde ZOU ratifica el trabajo intersectorial, sectorial y comunitario, el trabajo en red pasa a ser respaldado aún más por esta norma y ubica en un discurso común a diferentes instituciones, con un objetivo: la salud. Igualmente determinante, sería la Ley 1566 (2012) la cual ratifica el problema de consumo desde una perspectiva de salud pública, y establece que las patologías derivadas del consumo, abuso y adicción deben ser atendidas por el Sistema General de Seguridad Social en Salud, un insumo que junto a los anteriores, amplió el diseño de rutas de atención, más allá de la atención sanitaria vinculando a servicios específicos e inespecíficos con los que se cuenta al interior de las IE, pero también fuera de ellas, disponibles por la lógica de normatividad del trabajo en red y el quehacer institucional, donde se hace importante la prevención universal, selectiva e indicada.

Avanzando a las características operativas de la ZOU, se hizo necesario garantizar ofertas que redujeran situaciones de vulnerabilidad asociadas con el acontecer humano; se debía asignar recurso humano, técnico y económico; el primero, junto con el equipo de bienestar se sensibilizaría frente al abordaje de las SPA desde una mirada de salud pública y los antecedentes definitorios arriba enunciados, y debía contar con descarga de tiempo en su plan de trabajo. Adicional a esto fue relevante la vinculación de operadores pares a este equipo de trabajo, dado que el contar con una red mixta permite oxigenar y ampliar los procesos, comprender y validar los aportes de los jóvenes que hacen evidente la necesidad de abordajes diversos. Un siguiente elemento operativo, luego de sensibilizar e informar a la comunidad universitaria, fue el de conformar la red operativa con actores claves, formales e informales, pares, entre otros, que trabajaran con población vulnerable, que facilitaran el trabajo al interior de las IES, pero que también formaran parte desde una representatividad en la Red ZOU Nariño, que se estableció a finales de mayo de 2013 y que sería la encargada de dar continuidad al proceso que para esa fecha cumplía con lo pactado en el convenio con el Instituto Departamental de Salud de Nariño. Vemos que al interior de las IES quedaba capacidad instalada desde su red operativa, pero a nivel municipal también se establecía la ZOU Nariño para articular el quehacer hasta el momento avanzado.

La ZOU identificó redes para fortalecer las relaciones y la construcción colectiva del conocimiento, potencializó las capacidades resolutorias para prevenir, reducir daños y construir opciones de intervención y atención a los grupos vulnerables, no sólo en torno a la situación de consumo de SPA, sino también a situaciones relacionadas con el acontecer humano en su fragilidad y en su búsqueda de afirmación; fomentó el trabajo en red, gestionó relaciones desde una mirada de inclusión social y de corresponsabilidad por parte de todos los actores, dada la complejidad del problema, que requiere de la participación de todos desde el quehacer cotidiano incluyente y sin estigma.

Una siguiente característica operativa fue la realización del sistema de diagnóstico estratégico que daría insumos para comprender cómo vivió, vive y convive la comunidad educativa, los procesos, acciones, representaciones en torno al abordaje de situaciones relacionadas con el consumo de SPA. El SIDIES nos introdujo en los recuerdos, en el quehacer cotidiano, pero también en lo que podría pasar de no hacer un buen proceso de sensibilización, formación y entrenamiento, para que desde el bajo umbral y el primer nivel de atención se gestione los casos, evitando que avancen a situaciones más complejas, por lo cual se vio la relevancia de formar a los equipos de salud en la atención a personas en situaciones relacionadas con consumo, para favorecer la inclusión social, diseñar piezas comunicativas que promuevan la autorregulación del consumo de alcohol o SPA. Los informes que daban cuenta del proceso permitían la evaluación permanente y la sistematización de lo vivido.

Al interior de cada IE se estableció una organización estratégica, administrativa, operativa que garantizaría la sostenibilidad del proceso, en empoderamiento de la estrategia entre otras. En referencia a la organización estratégica, a continuación se describe las particularidades de cada ZOU:



Figura 1. La zona se lleva en la piel...

Misión:

- Formación de líderes en el tema de alta relevancia social.
- Fortalecer los procesos de prevención, mitigación, superación e inclusión social.
- Fortalecimiento de las redes comunitarias de apoyo.
- Articulación con el quehacer de Bienestar Universitario.

Visión:

- Garantizar sostenibilidad.
- Movilización desde el conocimiento dentro y fuera del contexto universitario.

Participantes:

Conformada por 50 personas, entre ellos:

- Equipo de Bienestar universitario.
- Unidad de salud.
- Salud ocupacional.
- Personal de seguridad.
- Estudiantes (líderes de movimientos estudiantiles).
- Profesionales del sector externo.

Visión de los participantes:

ZOU les ha llevado a:

- Resignificar el tema de consumo de SPA y su abordaje.
- Considerar los propios prejuicios.
- Solucionar problemas a partir de la generación de alianzas.
- Enriquecer la mirada desde opiniones distintas.
- Reconocerse como vulnerables.
- Reconocer a personas en situación de consumo en un papel activo.

Buenas prácticas:

- Hacer de ZOU un campo de práctica unido al eje de Bienestar universitario.
- Formación y entrenamiento a partir del Diplomado ZOU a la comunidad educativa, incluidos los servicios en salud y en herramientas para la atención de casos de consumo.
- (Tamizaje, IB, EM).
- Formulación de rutas que van más allá de la atención asistencial.
- Empoderamiento a estudiantes: liderar actividades, hacer convocatoria.
- La difusión de responsabilidades dentro de los programas que se establecía garantizó la participación y asistencia, y que las actividades fueran atractivas para los jóvenes.



Figura 2. Piezas comunicativas:



Figura 3. ZOU te despierta a la vida.

Misión:

Promover espacios educativos y reflexivos, encaminados a la prevención, mitigación y reducción del daño en problemáticas sociales.

Visión:

- Construcción de redes de apoyo.
- Generación de acciones de acogida, escucha activa, acompañamiento, asistencia, formación y capacitación.
- Capacidad de respuesta para el abordaje de distintas situaciones que la comunidad requiera.

Participantes: ZOU UCC

Conformada por 19 personas, entre ellos, estudiantes de la Facultad de Medicina, Madres de Familia de estudiantes de primer semestre, y profesionales del sector externo.

Visión de los participantes:

- ZOE es Trabajo comunitario.
- ZOU es Promoción, prevención, mitigación.
- ZOU es Transformación de representaciones sociales que llevan a la indigencia.
- ZOU es Abordaje de distintas realidades que aumentan el riesgo de las personas.
- ZOU es Fortalecimiento de lazos.
- ZOU va más allá de la prohibición en el consumo; busca autorregular nuestra manera de vivir.

Buenas prácticas:

- Realizar un diagnóstico de tipo comunitario.
- Establecer una oferta de servicios desde los recursos formales e informales que ofrece la universidad.
- Vincular a todos los actores, en especial a los padres de familia.
- Realizar intervención temprana.
- Incentivar la vinculación de todos los actores.
- Encuentro InterZOU que permite intercambiar experiencias, estrechar los lazos de amistad y favorecer el trabajo en red.

Zona de Orientación SENA “ZOS TU AMIGO”
ZONA DE ORIENTACIÓN SENA



Figura 4. Lema: Vive haciendo la diferencia.

Misión:

ZOS TU AMIGO es una comunidad local de prevención, encaminada a la información y sensibilización en la prevención y mitigación del consumo de SPA.

Visión:

La Zona de Orientación SENA será la estrategia modelo a nivel nacional en la prevención y mitigación de consumo de SPA y problemáticas asociadas.

Participantes:

- Orientadores capacitados en ZOU.
- Psicóloga de bienestar al aprendiz.
- Capellán de más líderes de bienestar al aprendiz.
- Comité de deporte SENA.
- Aprendices.
- Familias e Instructores.
- Directivos, administrativos, estudiantes, sector externo.

Visión de los Participantes:

La ZOS ofrece servicios y acciones de acogida, escucha activa, acompañamiento, atención, asistencia, terapia, formación y capacitación, orientados a los miembros de la comunidad educativa, La estrategia ZOS es una oportunidad en las instituciones y un apoyo grande para los que estamos en contacto con la atención de los y las jóvenes del SENA.

Buenas Prácticas:

- Contacto inicial con la comunidad: Capacitaciones en Promoción y Prevención.
- Retroalimentación a través de talleres lúdicos recreativos.
- Promoción de Hábitos de Vida Saludable.
- Reuniones periódicas.
- Planes de mejoramiento que reducen la vulnerabilidad, vinculado a la persona a diferentes servicios.
- SENA un espacio 100% libre de humo de cigarrillo.

Nombre de la ZOU: Cero Estigmas I.U. CESMAG



Figura 5. Lema: “Hacia la igualdad en medio de nuestra diversidad”.

Misión:

La Institución Universitaria CESMAG cuenta con la Zona de Orientación Universitaria -ZOU- Cero Estigmas, cuyo talento humano está capacitado bajo distintos valores y principios para brindar orientación a la comunidad educativa y otros actores sociales con el objetivo de posibilitar un cambio en su estilo de vida, enfocado a la promoción de la vida, prevención de diversas problemáticas y mitigación del consumo de sustancias psicoactivas -SPA- y dilemas asociados afectivos, sociales, laborales, familiares, entre otros, a través de la creación, explotación y utilización de diferentes herramientas a fin de reconocer y fortalecer, habilidades y capacidades personales.

Visión:

Ser reconocida a nivel local, departamental y nacional en la prevención, mitigación y acompañamiento a los procesos vivenciados al interior de las instituciones de educación superior, por el consumo de SPA y dilemas asociados, además de impulsar y coadyuvar en el fortalecimiento de la calidad de vida de la comunidad educativa a través de la participación en los procesos regionales junto con la Red Operativa ZOU Nariño.

Participantes:

Integrada por 37 personas: Responsable Institucional, representantes estudiantiles, estudiantes de los diferentes programas, padres de familia, funcionarios y docentes de los programas de Arquitectura, Educación física, Licenciatura en preescolar, Derecho y Administración.

Red Operativa:

Publicidad y difusión: su principal función es la creación de piezas comunicativas -audiovisuales, textuales y demás- que cumplan con los objetivos propuestos de ZOU, así como su gestión y difusión a través de diversos medios de comunicación a nivel interno y a nivel externo, como radio, televisión, redes sociales, periódicos, entre otras.

Bienestar ZOU: su principal función es velar por un buen clima de trabajo en equipo dentro de la Comunidad Local de Prevención. Podrá plantear acciones en procura de una mejor convivencia y el establecimiento de incentivos por fechas especiales y afines.

Logística: se encargará de gestionar y velar por los materiales y recursos necesarios para las diferentes actividades al interior de la Institución y coordinar con los encargados, cuando las invitaciones sean en la parte externa a la institución. Todas las gestiones deberán ser realizadas conjuntamente con la persona responsable de la estrategia ZOU en la I.U. CESMAG.

Comité por enfoques profesionales: se plantea organizar grupos de trabajo según la formación profesional, para orientar algunas acciones desde tal formación; por el momento se establece tres equipos:

- Equipo de apoyo jurídico,
- Equipo de apoyo psicológico,
- Equipo de apoyo artístico y cultural.

Visión de los Participantes:

La estrategia ZOU es una construcción que se hace desde la academia e investigación de la Universidad Mariana con la I.U. Cesmag; nace de la necesidad identificada del consumo de sustancias psicoactivas en las universidades mencionadas y busca generar estrategias de prevención y mitigación de sustancias partiendo de un diagnóstico. (Psicóloga Operadora I.U. CESMAG).

En la ZOU encontramos espacios de escucha organizados dentro de la Institución Universitaria Cesmag, que dan respuestas oportunas e integrales al consumo de SPA y sus consecuencias. En la ZOU se establece servicios y acciones de acogida, escucha activa, acompañamiento, atención, asistencia, terapia, formación y capacitación, orientados a los miembros de la comunidad educativa con el propósito de reducir la exclusión social y la deserción, mejorar la calidad de vida de los actores que la integran y de prevenir situaciones de vulnerabilidad. (Representante ZOU CESMAG).



Figura 6. Visión de los participantes I.U. CESMAG.

Buenas Prácticas CESMAG:

- Identificación de representaciones sociales desde ejercicios prácticos.
- Formación y entrenamiento de actores claves (representantes, docentes de recreación y deporte, integrantes del grupo de danza de la I.U. CESMAG).
- Formación a los equipos de salud.
- Asignación de practicantes a la estrategia ZOU desde el programa de psicología, que hoy lidera el proceso de práctica.
- Inclusión de población vulnerable en la CLP y ZOU CESMAG.
- Reuniones semanales del equipo operativo y las reuniones del equipo coordinador (coordinadora general, asesor comunitario, apoyo terapéutico y comunitario). Esos dos escenarios de diálogo para la coordinación daban buenas herramientas para la implementación.
- Sistematización constante con informes, porque permitía ordenar la información,
- Apoyo de los practicantes de las instituciones, porque fue un espacio constante donde se pudo mantener la estrategia, los encuentros que se generó a partir de la RED ZOU NARIÑO, que permiten la consolidación de los procesos iniciados en cada universidad.

La organización comunitaria a través del diplomado fue muy buena porque permitió la sostenibilidad de la estrategia, que las comunidades locales de prevención mantuvieran sus acciones y finalmente la contratación de gente profesional, titulada y con experiencia en comunidad porque es algo que requiere del manejo, desarrollo y avances.

Nombre de la ZOU: ZOU MARIANA



Figura 7. Lema: "ZOU Mariana, somos todos".

Misión:

La Comunidad Local de Prevención de las Zonas de Orientación de la Universidad Mariana busca propiciar espacios de educación, apoyo y gestión a la comunidad, dirigida a la atención de la persona desde la perspectiva de derechos, valores, principios, disminución del daño y mejoramiento de la calidad de vida, apoyados en las estrategias de educación en salud, promoción, prevención y mitigación en las distintas problemáticas que requiera la comunidad educativa.

Visión:

La Zona de Orientación Universitaria ZOU Mariana será al 2015, un grupo reconocido y consolidado por la permanencia y calidad de su aporte, orientación, apoyo y gestión con la comunidad universitaria, enfocado a mejorar la calidad de vida de todos sus integrantes mediante un abordaje íntegro de sus problemáticas, la conservación y mejoramiento de la salud de los mismos en el entorno local y regional.

Participantes:

Conformada por 43 personas, entre ellas, estudiantes del programa de Trabajo Social, Psicología, Enfermería, Ingeniería Ambiental, funcionarios de Seguridad y Salud en el trabajo, Docentes de Enfermería, egresados y sector externo.

Visión de los Participantes:

ZOU es una estrategia creada para atender a la población universitaria y sus necesidades, escucharlos frente a la problemática de consumo (Integrante ZOU Mariana).

La ZOU es una estrategia de prevención y mitigación del consumo de SPA y promoción de una buena salud en los jóvenes universitarios (Integrante ZOU Mariana).

Buenas Prácticas:

- Campaña de información y sensibilización. Socialización del Decreto 120 del 21 de enero de 2010 "Saber Beber, saber Vivir" PACTOS POR LA VIDA.
- Vinculación ZOU Mariana con grupos de música rock, rap y hip hop del sector externo.
- TAMIZAJE. Aplicación de ASSIST. Identificación del riesgo y eficacia de la ruta de atención en la Universidad.

Inclusión Social ZOU Mariana: se cuenta con espacios académicos, asignaturas electivas en SPA, Implementación de la estrategia Pactos por la vida en las cátedras de Desarrollo humano.

- Articulación del POA de las CLP a POA de Bienestar Universitario.
- Asignación de recursos a la estrategia ZOU.
- Vinculación de población vulnerable como monitores de recreativas.
- Carpas móviles operando en cada IES por las CLP.



Figura 8. Campaña de información y sensibilización y Pactos por la vida.

4. Conclusiones

Es necesario que exista voluntad administrativa para que la estrategia se asuma y sea sostenible, y pueda articularse a lineamientos institucionales como los requeridos por la Comisión Nacional de Acreditación (CNA), en el trabajo con población en condiciones de vulnerabilidad.

ZOU implica transversalidad; es decir, el consumo de SPA es responsabilidad de todos y debe ir implícita en las políticas institucionales que promueven la salud de la comunidad educativa.

Es fundamental la vinculación del POA al quehacer de Bienestar universitario, con el fin de garantizar la articulación, el no duplicar esfuerzos y el acceso a recursos económicos, logísticos y humanos.

Las piezas comunicativas son de largo alcance y están en permanente diálogo con los otros, cuestionando las representaciones sociales anquilosadas en la mente que pueden favorecer el estigma y la exclusión. Es importante que estas piezas sean diseñadas por los diferentes actores que integran la comunidad universitaria y estén en constante diálogo y mejoramiento.

ZOU, desde una perspectiva de derechos, debe promover la restitución de los mismos y sensibilizar frente a los derechos humanos, a la no discriminación y a la salud.

ZOU demanda un sistema de salud integral desde la parte sanitaria, pero también desde los servicios comunitarios.

Se debe promover el relevo generacional.

Las representaciones sociales requieren de trabajo permanente para su transformación.

Es fundamental que desde Bienestar universitario se asigne el talento humano, para que forme parte de la red operativa y permita así fortalecer la capacidad resolutoria en situaciones de institucionalidad.

Son visibles las barreras de acceso como parte de la representación de situaciones.

El consumo obedece a problemas estructurales de la sociedad.

Las SPA son tan antiguas, que son recreadas en los mitos.

Referencias

Cáceres, L., Oblitas, B. y Parra, L. (2000). *La entrevista en Trabajo Social*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Espacio.

Congreso de Colombia. (2011). Ley 1438 del 19 de enero de 2011 “por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dicta otras disposiciones”. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/Normatividad/LEY%201438%20DE%202011.pdf>

----- (2012). Ley 1566 de 2012 “por la cual se dicta normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el Premio nacional ‘Entidad comprometida con la prevención del consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas’”. Recuperado de: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=48678>

Declaración de Adelaida sobre la Salud en todas las Políticas. (2010). Hacia una gobernanza compartida en pro de la salud y el bienestar. Organización Mundial de la salud. Australia. Recuperado de: http://www.who.int/social_determinants/spanish_adelaide_statement_for_web.pdf

Documento Marco sobre Reducción de Daños. CONFERENCIA DE CONSENSO. Barcelona, 27-29 de Abril de 2000. Recuperado de: <http://igialat.org/material/Documento%20de%20Trabajo%20conferencia%20de%20consenso.pdf>

Dussel, E. (1998). *Hacia una filosofía política de la liberación. Notas en torno a 20 tesis de política*. Recuperado de: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S1315-52162007000100007&script=sci_arttext

Eroles, C. (2005). *Glosario de temas fundamentales en Trabajo Social*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Espacio.

Fernández-Ballesteros, R. (1993). *Evaluación conductual hoy. Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud*. Madrid, España: Editorial Pirámide.

----- (1993). *Introducción a la Evaluación psicológica I*. Madrid, España: Ediciones Pirámide S.A.

García, J. (1983). La Entrevista. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.): *Psicodiagnóstico*. Tomo I. Madrid: UNED.

Hernández R., Fernández C. y Baptista, P. (2003). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.

Machin J. (2014). RAISSS: construcción de una red transnacional a favor de la inclusión social. En *Revista Espacios Transnacionales [En línea]* No. 2. Enero-Junio 2014, Reletran. Recuperado de: <http://www.espaciostransnacionales.org/segundo-numero/experiencias/raiss/>

Morin, E. (2006). El Método. Recuperado de: <https://hacerpensando.files.wordpress.com/2015/01/morin-metodo-6-etica.pdf>

Peñarrieta, I. (2005). *Introducción a la investigación cualitativa*. (2005). México: Editores de textos mexicanos.

Solís, I. (s.f.). El análisis documental como eslabón fundamental para la eficiencia de los servicios de información. Recuperado de: <http://www.monografias.com/trabajos14/analisisdocum/analisisdocum.shtml#ixzz3dnxBZCv6>

Bibliografía

Babor, T. y Higgins-Biddle, J. (2001). Intervención breve para el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Recuperado de: http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/BImanualSpanish.pdf

Beck, A. y Wright, F. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Barcelona: Paidós.

Becoña, E. (1995). La prevención de las drogodependencias. Introducción a algunas cuestiones actuales. Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=585676>

----- (s.f.). Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas. Recuperado de: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/bases.pdf>

Martínez, M. y Rubio, G. (2002). *Manual de drogodependencias para Enfermería*. Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos.

Matulich, B. (2010). *How do Do Motivational Interviewing. A Guidebook for Beginners*. Recuperado de: <http://www.goodreads.com/book/show/11364497-how-to-do-motivational-interviewing>

May, D. (2000). *Codependencia. La dependencia controladora. La dependencia sumisa*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.

Ministerio de Salud y Protección social. (2007). *Hacia un Modelo de Inclusión Social para Personas Consumidoras de Sustancias Psicoactivas*. Bogotá, Colombia. Recuperado de: <http://www.descentralizadrogas.gov.co/wp-content/uploads/2015/02/Modelo-inclusion-social-para-personas-consumidoras.pdf>

----- (2007). Política nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto. Bogotá: Comisión Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas. Recuperado de: http://www.odc.gov.co/Portals/1/Docs/politDrogas/politica_nacional_consumo.pdf

----- (2008). Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia. Informe Final. Bogotá. Recuperado de: http://www.odc.gov.co/Portals/1/comision_asesora/docs/

CO03272008-estudio-nacional-consumo-sustancias-psicoactivas-colombia-2008-.pdf

- (2012). *Plan decenal de salud pública 2012-2021*. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia.
- National Institute on Drug Abuse. (2015). NIDA highlights drug use trends among college-age and young adults in new online resource. Recuperado de: <http://www.drugabuse.gov/news-events/news-releases/2015/05/nida-highlights-drug-use-trends-among-college-age-young-adults-in-new-online-resource>
- Pérez, A. (1999). *Pilas con las drogas rumbos*. Bogotá, Colombia: Saenz Editores Ltda.
- Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. (2009). Ley 1335 de 2009: disposiciones por medio de las cuales se previene daños a la salud de los menores de edad, la población no fumadora y se estipula políticas públicas para la prevención del consumo del tabaco y el abandono de la dependencia del tabaco del fumador y sus derivados en la población colombiana. Recuperado de: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Normal.jsp?i=36878>
- Universidad Mariana. (2008). *Modelo Pedagógico*. San Juan de Pasto, Colombia: Editorial Universidad Mariana.
- Valleur, M., Debourg, A. y Matysiac, J. (1988). (Ruíz, C. Traducción). *La droga sin tapujos*. Bilbao, España: Grafo S.A.
- Villalobos, F., Figueroa, D., Quiroz, S., Torres, M., Ortiz, P. y Rojas, F. (2011a). *Manual para la implementación de un programa de intervención en casos de consumo de sustancias psicoactivas en municipios de Nariño*. Pasto, Colombia: Instituto Departamental de Salud de Nariño, Universidad de Nariño.
- Walker, J. y Shea, T. (2002). *Manejo conductual: un enfoque práctico para educadores*. México: El Manual Moderno.
- Washton, M. y Boundy, D. (1991). *Querer no es poder: cómo comprender y superar las adicciones*. España: Editorial Paidós Ibérica.

Abordaje integral hacia
la vida, la dignidad y la esperanza



Yacuanquer, una mirada integral e integrada de la Salud

Sandra Yaneth Quiroz Coral

Psicóloga - Universidad de Nariño; Especialista en Promoción de Salud y Prevención de la enfermedad - Universidad Mariana; Magíster en Drogodependencias - UNED Costa Rica; Docente Tiempo Completo Universidad Mariana.
Correo electrónico: sayaqui2002@yahoo.es

El municipio nariñense de Yacuanquer, después de trabajar en la política pública de infancia y adolescencia durante el año 2012 bajo la premisa de “lo público es aquello que beneficia a todos los miembros de la comunidad”, prioriza en el resultado del diagnóstico, la necesidad de abordar el tema de prevención del consumo de sustancias psicoactivas, desde una perspectiva de derechos vulnerados, iniciando así el proceso de implementación de los dispositivos de bajo umbral denominados Zonas de Orientación Escolar (ZOE) y Centros de Escucha (CE). Estos dispositivos de búsqueda y acercamiento orientan, acogen, articulan, canalizan, a partir de una ruta, a servicios específicos e inespecíficos con los que cuenta el territorio, descritos en la red comunitaria de servicios, en procura de reducir la vulnerabilidad asociada a situaciones de sufrimiento social, donde en gran medida se reconoce al usuario de drogas como un ciudadano, como los demás, sin cuestionar su derecho a seguir consumiendo. Más allá de aceptarlo o no, sigue siendo evidente que esto choca con el paradigma prohibicionista y levanta barreras de acceso.

A partir de la metodología propuesta para implementar estos dispositivos, se inicia con la sensibilización e información a toda la comunidad yacuanquereña -IEM, ESE Salud YA, minorías activas, sector externo, tenderos, comerciantes, asociaciones, madres FAMI, Red Unidos, Comité parroquial, entre otros- en cabeza del alcalde como principal responsable de la salud del municipio, cuyos requisitos fundamentales son: compromiso, voluntad política, visión que favorezca la articulación, entre otras.

Una lección aprendida en este proceso de sensibilización fue el ir visualizando actores cuyo quehacer estaba relacionado con población vulnerable: niños, niñas, adolescentes, personas discapacitadas, personas con consumo de SPA, con estilos de vida saludables, formación y capacitación, vinculados tanto a escenarios institucionales como comunitarios, y quienes fueron a futuro los que conformaron las redes operativas de ZOE o CE y además seleccionaron un grupo que los representaría en la red operativa interinstitucional.

Un segundo paso que se nutría con el quehacer del primero permitió conformar las redes operativas al interior de cada institución educativa (ZOE), y del sector externo con el (CE). Este grupo de personas debe representar a la comunidad e implica no sólo actores formales sino también informales que viven y conviven incluso en situaciones de alta vulnerabilidad, dado que es desde todos los ámbitos donde la inclusión social debe legitimarse.

Estas redes identifican a su interior la necesidad de generar diferentes roles que les permitan contar con una organización que favorezca la comunicación, el registro y divulgación de la información, la organización de documentos, entre otros.

En estas redes se visualiza actores con diferentes liderazgos; algunos pasarían a formar parte de la gran red operativa interinstitucional, encargada de articular el quehacer de las otras redes operativas ZOE / CE con nuevas redes, y de gestionar recursos de mayor envergadura con los que no cuentan las restantes redes, todo desde una lógica que permita la atención integral e integrada. Red interinstitucional: Alcalde, jefes de dependencias, gerente de la ESE municipal, rectores de las IEM, orientador escolar, personeros estudiantiles, dinamizadores de redes ZOE y CE.

Esta red interinstitucional, resultado del proceso de formación, capacitación y entrenamiento, ha logrado vivenciar el hecho de que el consumo de SPA es responsabilidad de todos y es menester desde su quehacer, generar respuestas que procuren salud individual, social y comunitaria, un estado de bienestar para todos, independientemente de que la persona se encuentre en situaciones de consumo o no.

Esta red operativa interinstitucional refleja los procesos de aprendizaje, conoce de las SPA, identifica situaciones de vulnerabilidad, garantiza el respeto por los derechos humanos, especialmente a la salud y a la no discriminación, establece relaciones con los servicios formales e informales, analiza las buenas y no tan buenas prácticas, participa y lidera procesos, todo de la mano de un diagnóstico estratégico comunitario (SiDiEs) transversal al proceso y que dio cuenta de cómo vivió, vive y convive la comunidad yacuanquereña.

Una siguiente conexión fue establecer los servicios específicos e inespecíficos existentes en el territorio, materializados en la ruta de atención; se evidenció que muchos de estos servicios han estado por años en el municipio, sólo que las representaciones sociales anquilosadas en algunas mentes los hacían accesibles únicamente para unos cuantos.

Las representaciones sociales son una modalidad particular de conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos (Moscovici, 1979, pp. 17-18). Sería el SIDIES el que debelaría esas representaciones sociales que tomaron forma, asumieron una apariencia, un porte y una actitud, entre las que se dice que es posible un mundo libre de drogas, que existe un único tratamiento, que el fin último es la abstinencia, que el único que consume es el adicto, que por ser consumidor de SPA pierdes tus derechos, que si tienes esta situación en tu casa la debes esconder, que el aislamiento es la mejor forma de evitar el peligro, que por consumir entras en la categoría de delincuente, que el consumidor es el 'pobrecito', que debe ser ayudado, que todo consumidor es dependiente, que 'está llevado', que el único afectado es la persona que consume, que debes tocar fondo para luego ser orientado, entre otros discursos.

Hoy, desde el modelo de reducción de daño y el abordaje del consumo de SPA, desde una política de salud pública, se cuestiona estas representaciones e insta a asumir abordajes diferentes; la reducción del daño en sus fundamentos reconoce la libertad individual en la búsqueda del propio bienestar, incluyendo el derecho individual al consumo de drogas; ve la recaída como parte del proceso, lo cual invita a evaluar la estrategia, a reajustar el quehacer, a reducir los riesgos; habla de niveles de consumo; no cabe el término 'llevados' sino el de consumidor experimental, usador, abusador, dependiente problemático y no problemático. Diferenciar los niveles de consumo es la clave para determinar la población objetivo a la hora de diseñar una estrategia de prevención universal, selectiva e indicada.

Serán muy diferentes la información y el lenguaje dirigidos al consumidor experimental y al recreativo, frente al habitual, compulsivo y problemático. Si se tiene una idea del nivel de consumo, la información y el lenguaje serán más apropiados; para algunos funcionará el consejo breve o la intervención breve, y para otros, los tratamientos más intensivos. Son opciones de abordaje diversos basados en la evidencia, dado que las personas en situación de consumo no son una población homogénea, por lo que las intervenciones deben ser afinadas en función del sujeto, género o grupo al que se dirija la acción (Conferencia de Consenso, 2000).

Hasta aquí es claro que este abordaje ha requerido de una lógica de la salud como un derecho humano, desde el modelo de reducción del daño, la inclusión social desde una mirada integral e integrada, entre otros elementos, constantemente sistematizados y evaluados para así fortalecer el quehacer individual, social y comunitario.

Este conocimiento aplicado en lo que hoy se conoce como Grupo Juvenil Nueva Generación implicó la intervención de todos y avanzó en el sentido de recuperar lazos con los familiares -papá, mamá, hermanos- aumentando la proporción a 60%. Gracias al quehacer del Trabajador social, la

Comisaría de Familia, el Voluntariado El Sembrador, la Red operativa CE, se creó otros lazos con Servicios Amigables para el Joven -90%-, Red de Hip Hop Pasto- Cultura -80%-, Alcaldía -100%-, Punto Vive digital -60%-. Los operadores -50%-, trabajo con otros jóvenes de veredas aledañas -80%-, adherencia al grupo juvenil -80%-, contacto con Milena, agente comunitaria y Programas Especiales -80%-, y de otras actividades. Educación -80%-. Hoy Nueva Generación reafirma sus relaciones extraterritoriales, accede a vinculación socio-laboral con resultados de reducción de estigma, exclusión y daño, entendiendo que al mejorar la calidad de vida de esta población vulnerable mejora la calidad de vida de toda la sociedad, pues hoy se cuenta con jóvenes que sueñan y trabajan por un futuro diferente, desde el arte como elemento motivador para el cambio.

Este proceso se sigue replicando, avanza a otros sectores del municipio, impregnado en el quehacer de escuchar a las personas para comprender que las situaciones que atraviesan son de vieja data. Hay una oferta de servicios variada que lleva implícita la corresponsabilidad y el construir juntos, que permite conectarnos y ampliar la red. A nuestra espalda se carga todo un respaldo institucional, y en los diálogos se observa expresiones de dolor y sufrimiento que, como bien refieren algunos, son aliviadas por el solo hecho de poderlos contar.

Siguiendo el Modelo Eco², la tarea es y seguirá siendo disminuir la homogeneidad de las relaciones, activar las redes, vincular a otras, para disminuir la situación de alto riesgo a través de la inserción en el grupo de personas, que tienen múltiples relaciones y por ende poco impacto o influencia de grupos de alto riesgo, aumentando la complejidad afectiva y efectiva de esa red.

La labor fue acoger, acompañar, construir juntos, vincular y vincularnos, soñar despiertos un tejido más humano, sensible y accesible, con la posibilidad de brindar una oferta heterogénea de servicios, y no sólo la atención médica o psicológica, rompiendo para ello con la inequidad y disminuyendo la brecha que nos ha hecho olvidar los lazos de hermandad por la concentración del poder, de los recursos y el dinero en unos pocos. Esto no es fácil; como bien lo refiere la Organización Mundial de la salud (OMS, 2005) las políticas también deben tener la lógica de equidad; de lo contrario se seguirá ahondando cada vez más la grieta, pues las circunstancias son homogenizadas en unos pocos, siendo más los enfermos de inequidad.

Desde esta lógica se tejió lazos de amistad, con reuniones quincenales que a su vez fueron estrechando las relaciones y fortaleciendo los Comités de política social integrales e integrados, el trabajo en equipo que permitía pensarnos ya no solos, sino vivos, parte de un todo. Una pequeña muestra que hemos querido compartir con ustedes, es este Congreso, que esperamos sea un temblor en el interior de cada uno de ustedes, donde se derrumbe el activismo, la desarticulación, la falta de diálogo, las enemistades, y sean reactivadas las redes y que surjan otras cuantas, que acojan, vinculen y protejan. Hoy los instamos a vivir una nueva batalla de Bomboná, donde la libertad es asunto de todos.

Hemos hablado de muchos avances con los jóvenes, con la red operativa, con la comunidad que lleva implícitos a los adultos, con quienes se busca promover la autorregulación. Ha sido fundamental, especialmente en su relación con el alcohol, a partir del Decreto 120 del 21 de enero del 2010 y el lema *Saber beber es saber vivir*, entre otras normas vigentes, pero también se ha abierto la escucha activa, la orientación, la canalización, la detección temprana desde el bajo umbral, entendiendo que el consumo es lo evidente, pero que detrás de éste subyacen traumas más profundos donde confluyen individuo, familia, sociedad, cultura, políticas y un gran etcétera.

Siguiendo el documento marco sobre reducción de daños, Conferencia de Consenso Barcelona 2000, se evidencia que las intervenciones deben abarcar diferentes niveles: individual, comunitario, político y legal, por lo que éstas repercuten en cada uno de ellos, además de actuar no sólo sobre las

percepciones sociales, ampliando los conocimientos y flexibilizando actitudes y comportamientos, sino también sobre aspectos jurídicos y legislativos que inciden fuertemente sobre estas percepciones sociales.

Finalmente, el hablar y gestionar un abordaje integral e integrado, fue un reto que invita a cambiar la mente, el corazón, a pensarnos como personas, sujetos de derechos y deberes. Nos motiva a cuestionar las representaciones sociales. Nos ratifica que la capacidad de afrontar el consumo de SPA no depende únicamente de las características de la persona, sino también de aquéllas de su red social, de su entorno, de su comunidad. Nos invita a no olvidar que nuestra salud está determinada por circunstancias que corroen el alma; nos invita al debate crítico, a ver en la comunidad un potencial de cambio frente al choque con nuestra esencia ante lógicas que con vehemencia pretenden privatizar y colonizar nuestro ser, pues existe una relación directa entre cómo se define el problema de las drogas y las políticas que son derivadas de tal definición, pues éstas pueden aumentar los riesgos asociados a su consumo.



Figura 1. Municipio Yacuanquer.

Referencias

- Documento Marco sobre Reducción de Daños. (2000). Conferencia de Consenso. Barcelona, 27-29 de Abril de 2000. Recuperado de: <http://igialat.org/material/Documento%20de%20Trabajo%20conferencia%20de%20consenso.pdf>
- Ministerio de la Protección Social. (2010). Decreto 120 del 21 de enero del 2010 “por el cual se adopta medidas en relación con el consumo de alcohol”. Recuperado de: http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/decreto_0120_2010.htm
- Moscovici, S. (1979). *El Psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Huemul.
- Organización Mundial de la Salud –OMS- (2005). Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud 2005-2008. Informe final. Recuperado de: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/

Bibliografía

- Babor, T. y Higgins-Biddle, J. (2001). Intervención breve para el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Recuperado de: http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/BImanualSpanish.pdf
- Beck, A. (1979). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press
- Beck, A. y Wright, F. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Barcelona, España: Paidós.
- Becoña, E. (1995). La prevención de las drogodependencias. Introducción a algunas cuestiones actuales. Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=585676>
- (s.f.). Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas. Recuperado de: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/bases.pdf>
- Brown, F. (1996). *Principios de la medición en psicología y educación*. México: Mc Graw Hill.
- Congreso de Colombia. (2012). Ley 1566 de 2012 “por la cual se dicta normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el Premio nacional ‘Entidad comprometida con la prevención del consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas’”. Recuperado de: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=48678>
- Díaz del Castillo, S. (2002). Proyecto de prevención integral del consumo de sustancias psicoactivas legalizadas: del alcohol y otros apegos. Instituto Departamental de Salud. Recuperado de: https://books.google.com.co/books/about/Proyecto_de_preveni%C3%B3n_integral_del_con.html?id=ATxIAAAAYAAJ&redir_esc=y
- Declaración de Adelaida sobre la Salud en todas las Políticas. (2010). Hacia una gobernanza compartida en pro de la salud y el bienestar. Organización Mundial de la salud. Australia. Recuperado de: http://www.who.int/social_determinants/spanish_adelaide_statement_for_web.pdf
- Domjan, M. (2006). *Principios de aprendizaje y de conducta*. (5ª. Ed). Madrid, España: Editorial Paraninfo.
- Echeverría, R. y Pizarro, A. (2011). El carácter del coaching ontológico. Recuperado de: <http://www.ilustrados.com/tema/1503/Caracter-Coaching-Ontologico.html>
- Hernández R., Fernández C. y Baptista, P. (2003). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF y Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD. (2013). ABC de la política pública de primera infancia, infancia y adolescencia. Recuperado de: <http://www.co.undp.org/content/dam/colombia/docs/Gobernabilidad/undp-co-abcpp-2014.pdf>
- Machin J. (2014). RAISSS: construcción de una red transnacional a favor de la inclusión social. En Revista Espacios Transnacionales [En línea] No. 2. Enero-Junio 2014, Reletran. Recuperado de: <http://www.espaciostransnacionales.org/segundo-numero/experiencias/raiss/>
- Martin, G. y Pear, J. (2005). *Modificación de conducta; qué es y cómo aplicarla*. (8ª. Ed.). México: Editorial Prentice Hall.
- Martínez, M. y Rubio, G. (2002). *Manual de drogodependencias para Enfermería*. Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos.
- Matulich, B. (2010). How to do Motivational Interviewing. A Guidebook for Beginners. Recuperado de: <http://www.goodreads.com/book/show/11364497-how-to-do-motivational-interviewing>
- May, D. (2000). *Codependencia. La dependencia controladora. La dependencia sumisa*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2007). Hacia un Modelo de Inclusión Social para Personas Consumidoras de Sustancias Psicoactivas. Bogotá, Colombia. Recuperado de: <http://www.descentralizadrogas.gov.co/wp-content/uploads/2015/02/Modelo-inclusion-social-para-personas-consumidoras.pdf>
- (2007). Política Nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto. Bogotá: Comisión Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas. Recuperado de: http://www.odc.gov.co/Portals/1/Docs/politDrogas/politica_nacional_consumo.pdf
- (2012). *Plan decenal de Salud pública 2012-2021*. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia.
- Pérez, A. (1999). *Pilas con las drogas rumbos*. Bogotá, Colombia: Saenz Editores Ltda.
- Pichot, P., López-Ivor, J. y Valdés, M. (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona, España: Masson, S.A.
- Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. (2009). Ley 1335 de 2009: disposiciones por medio de las cuales se previene daños a la salud de los menores de edad, la población no fumadora y se estipula políticas públicas para la prevención del consumo del tabaco y el abandono de la dependencia del tabaco del fumador y sus derivados en la población colombiana. Recuperado de: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Normal.jsp?i=36878>
- Universidad Mariana. (2008). *Modelo Pedagógico*. San Juan de Pasto, Colombia: Editorial Universidad Mariana.
- Valleur, M., Debourg, A. y Matysiac, J. (1988). (Trad. Ruíz, C.). *La droga sin tapujos*. Bilbao, España: Grafo S.A.
- Villalobos, F., Figueroa, D., Quiroz, S., Torres, M., Ortiz, P. y Rojas, F. (2011a). *Manual para la implementación de un programa de intervención en casos de consumo de sustancias psicoactivas en municipios de Nariño*. Pasto, Colombia: Instituto Departamental de Salud de Nariño, Universidad de Nariño.
- Walker, J. y Shea, T. (2002). *Manejo conductual: un enfoque práctico para educadores*. México: El Manual Moderno.
- Washton, M. y Boundy, D. (1991). *Querer no es poder: cómo comprender y superar las adicciones*. España: Editorial Paidós Ibérica.



Prevención y mitigación del consumo de SPA en entornos universitarios. Implementación de la primera fase de la Zona de Orientación Universitaria (ZOU) en tres universidades de Risaralda

Maribel Restrepo Mesa¹

Licenciada en Etnoeducación y Desarrollo comunitario; Magíster en Migración internacional; Estudiante de Doctorado en Estudios para la paz, la interculturalidad y la democracia; Contratista. Correo electrónico: maribelrestrepom@utp.edu.co

¹ Nombre del grupo de investigación: Grupo de Investigación en estadística e investigación social, Observatorio de Drogas del Eje Cafetero. Área de conocimiento: Ciencias Básicas y Sociales. Línea de investigación: Humanas y Sociales. Fecha de terminación del proyecto: 2012

Resumen

Una Zona de Orientación Universitaria (ZOU) puede considerarse como un espacio relacional donde se establece -de manera directa o indirecta- servicios, redes y acciones de acogida, escucha activa, acompañamiento, atención, asistencia, terapia, formación y capacitación, orientados a los miembros de la comunidad educativa, con el propósito de reducir la exclusión social y la deserción escolar, mejorar la calidad de vida de los actores que la conforman, y prevenir situaciones de vulnerabilidad. En su funcionamiento integra a la comunidad educativa, a las redes institucionales y a los miembros de la comunidad local que la rodea. Se fundamenta en la formación e investigación, en la acción, la participación social y los derechos humanos.

Esta experiencia sistematizó la investigación (IAP) e interacción en cinco partes, que permiten comprender todo el proceso de implementación del Modelo ZOU en las universidades: Tecnológica de Pereira, Católica de Pereira y Fundación Universitaria del Área Andina. En la primera parte se realiza una contextualización de los elementos centrales que permitieron el desarrollo del marco metodológico. En la segunda, se hace la consolidación de cartografías sociales, construidas desde los estudiantes. La tercera narra todo el proceso de ZOU desde su estrategia de comunicación. La cuarta parte comprende la presentación del modelo ZOU en dichos centros educativos, su impacto, reflexión y posible incorporación en el Proyecto Pedagógico Institucional y la política institucional. Por último, se realiza una serie de reflexiones generales y recomendaciones frente a la experiencia vivida por la comunidad educativa y su sostenibilidad en las universidades.

Palabras clave: Redes, prevención-mitigación, escucha, universidades, percepciones.

Prevention and mitigation of consumption of psychoactive substances in university environments. Implementation of the first phase of the University Orientation Zone at three universities in Risaralda

Abstract

A University Orientation Zone can be considered as a relational space where they settle directly or indirectly services, networks and actions host, active listening, support, care, therapy, education and training, oriented to the members of the educational community, in order to reduce social exclusion and dropouts, improve the quality of life of actors that shape and prevent situations of vulnerability. It incorporates in its performance various actors from the educational community, institutional networks and members of the local community that surrounds it. Training and research, in action, social participation and human rights give its basis.

This experience systematized research (IAP) and interaction in five parts that allow us to understand the whole process of implementation of the Model ZOU in the universities object of study: *Tecnológica de Pereira*, *Católica de Pereira* and *Fundación Universitaria del Área Andina*. In the first part, a contextualization of the key elements that allowed the development of the methodological framework is performed. In the second, social mapping, built from students are consolidated. The third one tells the whole process of ZOU from its communication strategy. The fourth part includes the presentation of the model ZOU in such schools, its impact, reflection and possible incorporation into the Institutional Educational Project and the institutional policy. Finally, a series of reflections and general recommendations are made against the experience of the educational community and sustainability in universities.

Key words: Networks, prevention-mitigation, listening, universities, perceptions.

1. Introducción

La Zona de Orientación Universitaria (ZOU) es una experiencia con baja implementación en el contexto nacional, lo que la transforma en una práctica poco conocida que es necesario documentar, describiendo sus fases, participantes, retos, entre otros, de tal forma que se convierta en herramienta para otras instituciones de educación superior, de tal manera que puedan tener a la mano un insumo para la elaboración de su propia ZOU cuando decidan vincularse al proceso.

La ZOU es un proyecto piloto del Ministerio de la Protección Social, la Organización de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), liderado desde el Observatorio de Drogas del Eje Cafetero, en el que participan las Universidades Tecnológica de Pereira, Católica de Pereira y la Fundación Universitaria del Área Andina del departamento de Risaralda.

2. Metodología

La metodología para la implementación de la ZOU está basada en la investigación - acción participativa IAP y el modelo Eco², creado para personas consumidoras de drogas en instituciones educativas, comunidades barriales, habitantes de calle y personas en exclusión grave, que busca establecer redes sociales, vínculos y relaciones que se teje entre los diversos actores de la universidad, permitiendo identificar elementos que potencien acciones, y afrontar de esta manera, las situaciones propias de la dinámica social, además del componente investigativo en una estrategia de Comunicación para el Cambio de Comportamiento (CCC), para lo cual era necesario reconocer los lazos existentes en la comunidad educativa y las causas que los apremian.

El proceso se inicia, entendiendo que mientras el sujeto esté atraído en acciones particulares, más interés y motivación tendrá en el proceso planteado. Esta posibilidad de participación está condicionada de acuerdo con los intereses y afinidades del individuo, lo cual podrá propender en la búsqueda de mejorar la calidad de vida de las familias y grupos humanos de la comunidad.

Por lo tanto, con el apoyo de la oficina de Bienestar Universitario de cada una de las instituciones de educación superior, se llevó a cabo el proceso de convocatoria para jóvenes que estuvieran interesados en trabajar en ZOU por medio de la conformación de una red operativa e implementación de grupos focales que permitieron recoger un poco las percepciones frente al consumo y fenómenos emergentes.

2.1 Técnicas e instrumentos utilizados: Bitácoras, Actas, diarios de campo, formato de sistema de diagnóstico estratégico-SiDiEs, Grupos focales.

3. Resultados

- Implementación de la Zona de Orientación Universitaria como prueba piloto del Plan Nacional de Reducción de Consumo de sustancias psicoactivas y la Política Nacional de Drogas de Colombia.
- Línea base.
- Estrategia de comunicación implementada para el cambio de comportamiento.
- Alianza interinstitucional académica y técnica.
- Sistematización de la experiencia.
- Publicación.
- Elaboración de tesis y trabajo de aula con estudiantes involucrados en el tema.

4. Discusión

En la actualidad se ha tornado indispensable acercarse a las diversas redes que se ha constituido a lo largo y ancho del planeta. Por tanto, es necesario tener un conocimiento amplio sobre las redes sociales, los vínculos y las relaciones que se teje entre los diversos actores que las construyen y constituyen, para identificar elementos que permitan potenciar acciones y afrontar, de esta manera, las situaciones propias de la dinámica social. Es así como para la implementación de la estrategia de Comunicación para el Cambio de Comportamiento (CCC), era necesario identificar los lazos existentes en la comunidad educativa y las causas que los apremian. Tomando como referente experiencias anteriores como la ZOE de la Institución Educativa Hugo Ángel Jaramillo, en especial las Zonas de Escucha, se inicia el proceso, entendiendo que mientras el sujeto esté atraído en acciones particulares, más interés y motivación tendrá en el proceso planteado. Esta posibilidad de participación está condicionada de acuerdo con los intereses y afinidades del individuo, lo cual podrá propender por la búsqueda de mejorar la calidad de vida de las familias y grupos humanos de la comunidad.

Por lo tanto, con el apoyo de la oficina de Bienestar Universitario de cada una de las instituciones de educación superior, se llevó a cabo el proceso de convocatoria para jóvenes que estuvieran interesados en trabajar en ZOU por medio de la conformación de una red operativa.

4.1 Red operativa

Para llevar a cabo la construcción de la red operativa, se realizó un proceso de convocatoria liderado por las oficinas de Bienestar Universitario.

Los jóvenes que se involucraron, se mostraron en un primer momento expectantes sobre la propuesta y las implicaciones que la misma tendría en su dinámica cotidiana.

4.2 Comunicación para el Cambio de Comportamiento (CCC): proceso interactivo con las comunidades integradas a un programa general para desarrollar mensajes y enfoques usando una variedad de medios de comunicación para desarrollar comportamientos positivos, con el propósito de promover y sostener el cambio de comportamiento individual, comunitario y social, y mantener comportamientos apropiados.

En la Universidad Tecnológica de Pereira se llevó a cabo un proceso de difusión, en el cual las personas interesadas en la temática podían participar sin ningún tipo de condicionamiento, lo que facilitó la inscripción de estudiantes de distintas facultades. Cabe aclarar que varios de ellos, que conforman la red, han estado vinculados con proyectos, como Entornos saludables.

En la Fundación Universitaria del Área Andina, la convocatoria se realizó por el lado del programa Jóvenes Líderes de la Universidad, cuyos integrantes convocaron a su vez y poco a poco, a otros estudiantes para que participaran de la experiencia.

Por último, en la Universidad Católica de Pereira se vincularon varias de las facultades, las cuales a su vez, invitaron a jóvenes que se dirigían a Bienestar Universitario, en donde se les daba las claridades e información sobre la propuesta planteada. Uno de los aspectos que marcó la conformación de la red, fue la comunicación que se evidenció al interior de la institución por medio de la comunicación voz a voz de los estudiantes. Con el grupo consolidado se inicia las acciones para la implementación de la propuesta: no se trataba únicamente de hablar de la presencia de SPA en las universidades, sino de profundizar en las representaciones y significados que en cada uno

de estos espacios se ha construido en torno a prácticas socialmente censuradas, asociadas con el consumo de SPA.

Por tanto, la red operativa pretende identificar los siguientes aspectos: cuál es tu viaje, la historia de las universidades y la aplicación del Sistema de Diagnóstico Estratégico –SiDiEs- metodología para construir conocimiento. Es un proceso que se va levantando con la gente de la comunidad local donde se construye Zonas de Escucha; es la forma como se hace el trabajo de diagnóstico y articulación de redes con los actores; implica un acercamiento a la comunidad y las percepciones iniciales sobre las sustancias psicoactivas y la universidad, planteamientos que lograron interesar y sensibilizar a los participantes en la creación de un grupo de trabajo, producto de tres realidades distintas. Este diagnóstico fue trabajado desde la cartografía social.

4.3 Grupos focales

Para definir las acciones a desarrollar con los jóvenes universitarios, docentes y demás población escolar, se organizó 9 grupos focales, con los cuales se pretendía conocer las percepciones que los estudiantes consumidores, no consumidores, docentes y personal administrativo, tenían construidas sobre las SPA, y las implicaciones de ser o no un consumidor en el contexto universitario.

4.4 Estrategias de enganche

Diversas actividades artísticas que permitieron recolectar información y sensibilizar la propuesta fueron desarrolladas, entre ellas, las siguientes:

- Planeación y ejecución de acciones simbólicas, motivando la participación general de los grupos y estudiantes vinculados en la propuesta.
- Favorecimiento de escenarios de encuentro que permitieran la recolección de información y la construcción de acciones colectivas.
- Promoción del papel social del arte como medio para dar cuenta de opiniones e ideas.

Con estas acciones se acerca a las percepciones, que son un reflejo social donde se encuentra aceptación, discriminaciones, información, desinformación y algunas categorías emergentes.

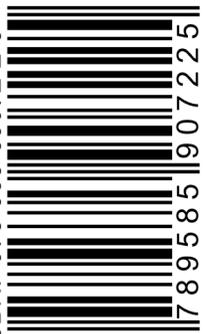
5. Conclusiones

- Reflexión frente al uso y el abuso de sustancias psicoactivas en escenarios universitarios.
- Construcción de estrategias de prevención, mitigación y reducción de daños.
- Insumos basados en evidencia para el fortalecimiento de la política de drogas de Risaralda y el país en escenarios de IES.

Bibliografía

- Alfaro, R. (2011). Comunicación Participativa para el Desarrollo. Una nueva forma de comunicación aparece en América Latina. Recuperado de: <http://tucomunidadinfo.wordpress.com/tag/rosa-maria-alfaro/>
- Álvarez, Á., Buitrago, J., Restrepo, G. (1999). Cartografía social, Serie Terra Nostra. 5. Tunja: Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, sede Tunja.
- Beltrán, L. (1993). Comunicación para el desarrollo de Latinoamérica. Una evaluación sucinta al cabo de cuarenta años. Recuperado de: http://www.infoamerica.org/teoria_articulos/beltran1.htm
- Berger, P. y Luckmann, T. (2003). La Construcción social de la realidad. Recuperado de: https://archive.org/stream/LaConstruccionSocialDeLaRealidadThomasLuckmann/La%20Construccion%20Social%20De%20La%20Realidad%20-%20Thomas%20Luckmann_djvu.txt
- Colussi, M. (2006). Medios de comunicación alternativos: Una guerra popular. Recuperado de: <http://www.voltairenet.org/article138301.html>
- Fernández, T. y Molina, J. (2005). *Multiculturalidad y educación, teorías, ámbitos, prácticas*. Madrid: Alianza Editorial.
- Galeano, E. (2013). El derecho al delirio. Recuperado de: <http://viejotopo.org/Biblioteca%20Virtual/Galeano%20Eduardo%20-%20El%20derecho%20al%20delirio.pdf>
- García, C. (s.f.). Barrios del Mundo: Historias urbanas. La experiencia de cartografía social... pistas para seguir. Recuperado de: <http://www.insumisos.com/lecturasinsumisas/Historia%20urbana%20de%20los%20barrios.pdf>
- García, E. y Quintero, H. (2009). *El aprendizaje en la praxis social. Sistematización de la estrategia comunicativa punto seguido*. Dosquebradas, Colombia: Postergraph S.A.
- Giraldo, Á., Forero, C., Hurtado, M., Ochoa, J., Suárez, L. y Valencia, A. (2008). Un viaje que puede controlarse: consumo de drogas en niños en situación de calle. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 26(1), pp. 11-17. Universidad de Antioquia, Colombia.
- Jodelet, D. (1984). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En: Moscovici, S. *Psicología Social II. Pensamiento y Vida Social. Psicología Social y Problemas Sociales*. Barcelona-Buenos Aires-México: Paidós.
- López, M. C., López, M. A. y González, L. (2012). Cultura y comunicación: una relación compleja. En: *Contribuciones a las Ciencias Sociales*. Recuperado de: <http://www.eumed.net/rev/cccss/19/hah.html>
- Lozano, J. (2007). *Teoría e investigación en la comunicación de masas*. México: Pearson educación.
- ONUUD. (2015). Fortalecimiento Nacional y Local para la Reducción del Consumo de Drogas en Colombia. Recuperado de: <https://www.unodc.org/colombia/es/rcd/fortalecimiento.html>
- Tropenbos Internacional, Universidad Nacional de Colombia, Sena. (2009). Módulo 2: aspectos biofísicos, biodiversidad y medio ambiente. Recuperado de: http://tropenbos.sena.edu.co/DOCUMENTOS/DIPLOMADOS/modulo_2_cartografia.pdf

ISBN: 978-958-59072-2-5



9 789585 907225

