

TRABAJO DE CAMPO

**Descripción de la problemática sanitaria
en la detección de casos de consumo de drogas
en la Comunidad Chorote - Tartagal 2020
(Dpto. San Martín - Provincia de Salta - Argentina)**

Carrera: Licenciatura en Educación para la Salud

Alumna: Cantoya Liliana Isabel

Tutora: Dra. Susana Salinas

Co-Tutora: Lic. Virginia Aramayo

Año 2020



FHyCS

Facultad de
Humanidades
y Ciencias Sociales

DEDICATORIA

*Mi agradecimiento a las altas casas de estudios UNSa –S.R.T.
a mi tutora Dra. Susana Salinas y a todos los docentes que me formaron
y en especial a la memoria del Dr. José Ovejero y Dr. Carlos Morales Peña
principales propulsores de la Carrera del Educador Sanitario.
Y a la UNJu que me abrió sus puertas para cursar este trayecto de la
licenciatura, con la valiosa guía de los estimados docentes:
Prof. Virginia Aramayo y en la memoria del ilustre Dr. Ernesto Max Agüero.*

*Agradezco a la comunidad Chorote el apoyo en la persona
del querido Maestro bilingüe Dn. Héctor Sarmiento.*

*A mi seres queridos: a mi esposo Juan Carlos mentor incansable en
mi carrera y en la de nuestros hijos: Carlos, Andrea, Valeria y David.
A mi amada madre Luisa y a la memoria de mi padre Benito Ramón.
A mi querida amiga Prof. Amalia Ruiz a quien recuerdo brindarme su cariño y
aliento incondicional en los estudios, a mis queridos y leales amigos
Fiorella y Julio que son el consuelo que ella me dejó,
y fundamentalmente a Dios por la vida.*

INDICE

1. INTRODUCCION.....	5
2. JUSTIFICACION DEL PROBLEMA.....	9
3. OBJETIVOS.....	11
4. METODOLOGIA.....	12
4.1 Cronograma de actividades.....	14
4.2 Unidad de análisis de investigación.....	15
5. MARCO TEORICO.....	16
5.1 Concepto de adicción.....	16
5.1.1 Sustancias psicoactivas.....	16
5.1.2 Clasificación de las drogas.....	16
5.1.3 Niveles de compromiso.....	17
5.1.4 Tipos de dependencia.....	18
5.2 La drogadependencia como problema.....	18
5.2.1 Características del drogodependiente.....	19
5.2.2 Características de la personalidad pre-adictiva.....	19
5.2.3 Características del drogodependiente “en activo”.....	20
5.2.4 Modalidades defensivas	20
5.3 Familia psicotóxicas.....	22
5.3.1 La familia del adicto.....	23
5.4 Factores en la ocurrencia del uso indebido de drogas.....	24
5.4.1 Factores ligados al individuo.....	24
5.4.2 Factores vinculados al grupo familiar.....	25
5.4.3 Factores vinculados a la educación.....	25
5.4.4 Factores vinculados con los modelos socioculturales.....	26
6 DIAGNOSTICO DE SITUACION.....	28
6.1 Comunidad de pueblos originarios en Tartagal.....	29
6.2 Daros demográficos.....	30

7	PROYECTO DE INTERVENCION.....	36
7.1	Abstract.....	37
7.2	Fundamentación.....	38
7.3	Introducción.....	40
7.3.1	Características demográficas.....	40
7.3.2	Características educacionales.....	40
7.3.3	Características socioculturales.....	40
7.3.4	Características socioeconómicas.....	41
7.3.5	Características geográficas y de transporte.....	41
7.3.6	Características del ambiente.....	41
7.3.7	Características socio políticas.....	42
7.4	Presentación de la situación problema.....	43
8	MARCO TEORICO.....	44
8.1.	Los adolescentes como grupo de riesgo.....	44
8.2	Prevención de las adicciones.....	45
8.3	Niveles de prevención.....	46
9	OBJETIVOS.....	48
10	METODOLOGIA.....	49
10.1	Delimitación del área de investigación.....	49
10.2	Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	50
11	RECURSOS HUMANOS.....	51
12	RECURSOS MATERIALES.....	51
13	CRONOGRAMA.....	52
14	IMPLEMENTACION DE LA INTERVENCION.....	52
14.1	Sistematización de la intervención.....	53
14.1.1	Fase diagnóstica.....	53
14.1.2	Fase ambientación.....	53
14.1.3	Fase terapéutica.....	53
14.1.4	Fase de evaluación.....	53
15	EVALUACION.....	54
16	CONCLUSION.....	54
17	BIBLIOGRAFIA.....	57
18	ANEXO.....	60

1. INTRODUCCION

La ciudad de Tartagal es una ciudad ubicada al noroeste de la República Argentina, en Salta, a cincuenta kilómetros de la frontera con Bolivia. Zona rica en petróleo y madera, con un creciente avance en la agricultura, hace setenta años era selva virgen. Y fue el desarrollo económico brusco y veloz lo que produjo la confluencia de grupos humanos de diverso origen cultural socioeconómico y étnico, generando como producto de su interacción una síntesis especial, más allá de las habituales características de una población de frontera, lo que se evidencia en las costumbres y actitudes predominantes: hábitos alimenticios, expresiones lingüísticas, estilos de vestimenta, organización familiar, creencias, modos de esparcimiento, cuidado y educación. Allí se han asentado diversas comunidades de pueblos originarios, entre ellos **los chorotes**, los que se diferencian por el lugar de sus asentamientos. Unos se denominan Yojwaha (de la paloma). Discriminan dos grandes grupos étnicos y dialectales: los Yojwaha propios y los Yobwjwa, que se refieren a los núcleos ribereños del Pilcomayo y a los afuereños o montaraces del interior del Chaco salteño. Cada uno de estos grupos tiene sus propias costumbres y organización social y familiar¹.

Nos focalizaremos por tanto en éste último grupo: los montaraces, que migraron de allí y se han asentado a la derecha de la ruta 34 (ver croquis pág. 9) en la ciudad de Tartagal, la comunidad chorote, un grupo minoritario. Dicho grupo - como muchos de otras etnias, que viven en la zona urbana, se encuentra incluida en los distintos estamentos de la vida social de la ciudad de Tartagal, posee acceso a la educación, a la salud, a beneficios sociales, a las comunicaciones (radio la voz indígena), a un organismo oficial que los representa IPPIS (creado en el marco de la Ley Provincial 7121/00).

¹ Prof. Mónica Cecilia Abud Casab y Prof. Marta del Milagro Díaz Sede Regional Tartagal-UNSa Proyecto de Investigación N° 1327 denominado "Hacia una política educativo- lingüística del Noroeste argentino. Producción didáctica para escuelas multilingües"

En cuanto al mercado laboral, solo un segmento técnico especializado califica (los criollos) y se beneficia, por tanto la inaccesibilidad laboral es muy marcada para los pueblos originarios, que solo acceden a trabajos precarios.

Estas minorías de pueblos originarios, han sufrido un proceso que se denomina difusión cultural, proceso por el cual una persona sale de su cultura, sin dejar de ser lo que es, para ir hacia el otro no para destruir lo diferente y diverso, sino para dejar de ser distante. Según el aporte teórico de Ortiz Renato:

(...) las sociedades no son estáticas, el dinamismo de la vida las coloca en presencia unas de otras. Eso hace que elementos de una determinada matriz viajen "hacia afuera" y otros, externos, sean asimilados por ella. La problemática de la trasmisión cultural se impone así como un capítulo importante para la comprensión de las influencias mutuas.

Pero ¿qué es lo que debemos entender por difusión cultural? La definición propuesta por Kroeber es esclarecedora: "La difusión es un proceso por el cual los elementos de los sistemas de cultura se diseminan. Obviamente está ligada a la tradición, en la medida en que la cultura material pasa de un grupo hacia otro. Sin embargo, como es usualmente entendida, la tradición se refiere a la trasmisión de contenidos culturales, de una generación a otra (dentro del mismo grupo de población) y la difusión, de una población a otra."²

Desde el sector de las instituciones la Municipalidad de Salta es miembro titular de la "Red Nacional de Municipios y Comunidades Saludables", por ende el municipio de Tartagal también es miembro de dicha red, que considera la salud y la vida como bienes fundamentales que el estado y la sociedad deben cuidar. Son muchos los esfuerzos que se realizan desde el estado Municipal, provincial, y desde las organizaciones con el objetivo de avanzar en políticas de prevención y asistencia de personas afectadas por el consumo de drogas, siendo necesario potenciar los resultados de las estrategias a través de un *Pacto Social* que comprometa a todos los sectores sociales en la lucha por la vida y en contra de las drogas, con compromiso y espacios comunes que sintetice los consensos de la comunidad. Así lo expresa el *Artículo 3º Interés Municipal y Política de Estado*, del "*Proyecto de Ordenanza Municipal Pacto Social contra las Drogas*"³

Otras consideraciones del documento, son:

² Ortiz, Renato. Cultura Contemporánea. Cap. III Cultura y modernidad-mundo. Untref Virtual, pág. 2

³ Resuelve **Declarar** de Interés Municipal la acción sostenida que se desarrolla en el Ámbito Municipal en la Prevención del consumo de drogas y del Tráfico ilícito de estupefacientes consistente en estrategias, planes y medidas que actualmente se desarrollan desde el DEM para prevenir el uso indebido de drogas, asistir a personas y familias afectadas y propender a la desarticulación de la Red de tráfico ilícito de estas sustancias. El DEM promoverá dichas acciones garantizando su profundización y sustentabilidad.

(...) Que el Paco por sus características de droga barata y de fácil acceso se ha extendido por el territorio urbano instalándose primero en las villas y asentamientos de la ciudad, luego en los barrios más humildes y actualmente en los sectores medios y medios altos de la sociedad impulsando la delincuencia juvenil y la prostitución infantil;

Que la pasta base, como hemos dicho, no es una droga común, es una droga con características nuevas, con un poder adictivo superior a cualquier otra, especialmente porque su efecto es instantáneo y también la terminación del mismo, lo que genera la necesidad de la repetición de la dosis en forma casi inmediata;

Que muchas de las personas afectadas por el flagelo caen bajo la influencia de la pasta base y luego bajo el abuso de los proveedores transformándose en un círculo de explotación que los convierte primero en despojadores en su propia familia a la que privan de todo lo que se puede vender y luego continúan una carrera de pequeños delitos externos para finalizar en el deterioro físico, psicológico y espiritual;...

Dentro de las instituciones está el Marco Jurídico, que es establecida por la *LEY N° 7.121 - Ley de desarrollo de los pueblos indígenas de Salta*: Capítulo I de los objetivos. Artículo 1°- dicha Ley tiene como objetivos:

- a) Promover el desarrollo pleno del indígena y de sus comunidades, fomentando su integración en la vida provincial y nacional, a partir de sus potencialidades y formas organizativas básicas, respetando sus valores culturales propios.
- b) Desterrar la postración y el marginamiento de sus comunidades, anulando toda forma de explotación, uso de la fuerza y coerción como forma de integración compulsiva, en aras de obtener la plena vigencia de la justicia social.
- c) Adecuar las políticas en educación, salud, vivienda y seguridad social y económica, destinadas a este sector de la población, tomando en cuenta los objetivos de esta ley, y de los artículos 75, inciso 17), y 15 de la Constitución Nacional y Provincial, respectivamente.
- d) Promover el desarrollo económico-social y cultural, superando la miseria mediante su incorporación en el mercado productivo y de consumo, tomando en consideración sus propios anhelos y necesidades.⁴

En este marco introductorio el objetivo del presente trabajo de campo, es realizar un diagnóstico de situación y describir el estado actual de la vida comunitaria a través de recolección de datos objetivos, de los individuos de la Comunidad

⁴LEY N° 7121 Expte. N° 91-10.118/2000. Sancionada el 14/12/00. Promulgada el 29/12/00. Publicada en el Boletín Oficial N° 16.061, del 09 de enero de 2001. Cámara de Diputados y Senadores de Prov. de Salta.

Chorote, la vida familiar, modos de sustento, etc. y en particular el estudio se focaliza en identificar y describir los problemas actuales del área salud de la comunidad chorote y su impacto en la salud pública.

Con los datos recabados de un sondeo, se pudo identificar y describir la problemática de salud de mayor relevancia que afecta a la comunidad referida por los involucrados: *el consumo de sustancias psicoactivas*, definiéndose como una problemática multicausal.

La Teoría de la Multicausalidad, replantea enfoques anteriores, del paso de salud enfermedad, para lo cual es necesario la participación de factores múltiples como causantes del surgimiento de las enfermedades, como sostiene Gurney Clark 1953 *“la característica del agente agresor y el huésped interactuantes depende de la naturaleza de ambiente físico social, económico y biológico”*.

Así nace la teoría multicausal, que incorpora nuevos conceptos y enfoques del origen de las enfermedades, llevado a un enfoque más general que explique el origen de las mismas, a través de la concurrencia simultánea o sucesiva de múltiples factores causales.⁵

Para la presente investigación se parte de estudios realizados, referidos al problema del consumo de sustancias psicoactivas, siendo desatendida y postergada esta enfermedad del consumo y que fue naturalizándose en la sociedad, sin medir su impacto en la salud individual y colectiva. La conducta de consumo, sentida por la comunidad, refiere como algo que tiene que ver con la “mala junta”, situación vivenciada de manera externa a la familia, el problema proviene de afuera, *“los criollos trajeron esa cosa”*.

A partir del análisis y evaluación de los resultados, se realizará un proyecto de aplicación viable, para el abordaje del problema, a través de una planificación estratégica, con líneas de acción para la prevención primaria y la detección de casos desde Atención Primaria de la Salud (APS) y desde el campo de la Educación para la Salud se utilizara herramientas de corte tecnológico con el fin

⁵ En esta línea de pensamiento surge el trabajo y teoría del sanitarista canadiense Mark Lalonde, teoría conocida como de Campo de Salud. El mismo explica que el estado de salud –enfermedad, depende en sus orígenes de varios factores concurrentes: medio ambiente (21%), estilo de vida de las personas (52%), biología humana (16%) de cada individuo y la organización de recursos del sistema de salud (11%), estos factores contribuyen proporcionalmente con mayor o menor peso en el origen de las enfermedades.

de dar respuesta a las necesidades humanas, lo cual supone hacer *“uso y aplicación del conocimiento científico y de su articulación con técnicas prácticas con el fin de lograr resultados específicos y alcanzar metas preestablecidas en orden a la transformación de la realidad. La tecnología es la aplicación del conocimiento científico y del método científico a objetivos prácticos”* (Ander-Egg, 1986:176).

La tecnología y lo tecnológico tendrán un estatuto propio en la medida en que satisfagan el objetivo de aportar soluciones a los problemas prácticos de los individuos y de las colectividades, aspirando a poder ser identificada como una ciencia de la acción.⁶

Por lo expuesto y delimitando algunos aspectos del tema, se configura el mismo en torno al consumo de sustancias psicoactivas de la población infanto juvenil, refiriendo antecedentes que consideran a este grupo etario, como la población más vulnerable; expuesta a la violencia, abuso, delincuencia y muerte.

2. JUSTIFICACION Y PRESENTACION DEL PROBLEMA

De acuerdo a los resultados obtenidos del sondeo en la investigación de campo, los encuestados han manifestado en general, que el mayor problema de salud, es el consumo de drogas de niños y jóvenes, cuyas implicancias en la comunidad son de creciente preocupación para los adultos, tratándose de personas muy vulnerables por sus características, les resulta difícil poder enfrentar el problema.

Ante la complejidad de la problemática del consumo que es de origen multicausal, resulta difícil para la familia y comunidad abordar el problema, con una organización fragmentada y deficiente en permanente discordia por el liderazgo de la misma.

El grupo de jóvenes adolescentes según datos obtenidos, es el más afectado cuya morbilidad va en aumento y cuya expectativa de vida se reduce, como consecuencia de las actividades de consumo, ya que está ligada directamente a

⁶Paciano Feroso. La Pedagogía-Educación Social como tecnología social. Cátedra de Psicología Social-Carrera Educador Sanitario 2010. UNSa –Sede Regional Tartagal. Salta.

conductas delictivas que exponen a los jóvenes a la enfermedad, a los conflictos violentos y muerte.

Uno de los aspectos que influye de modo directo es la deserción escolar, ya que la escuela como institución es contenedora de niños y jóvenes que en muchos casos presentan características abandonicas, ya que sus padres deben migrar por trabajo. Pese a que la escuela Mariano Echazú está inserta en la comunidad el abandono escolar es muy marcado en esta comunidad.

Ante este escenario de niños en la casa sin ocuparse de otra cosa como mandados, el ocio, el juego en la calle y en casos extremos en situación de calle, quedan expuestos a situaciones de riesgo permanente.

Por otro lado la situación económica muchas veces empuja a los niños hacia el trabajo infantil, los padres se encuentran superados, por sus características de familias numerosas (NBI) y con escaso y nulo acceso al trabajo. Debido a que poseen un bajo nivel educativo, solo acceden a trabajos precarios, que los sumen en la pobreza y marginación.

La baja calificación laboral de jóvenes y adultos es un aspecto fundamental, que influye directamente en la apatía laboral y dependencia del asistencialismo, los planes sociales no llegan a cubrir las necesidades básicas de la familia y de los jóvenes que forman sus familias y se instalan en el mismo predio de la casa familiar, constituyéndose en clanes atravesados por la misma situación de vulnerabilidad individual y colectiva, en relación a la pobreza y exclusión social.

Por otro lado la discriminación social marcada de los otros diferentes, los criollos, de su entorno conlleva a la escasa o nula participación en decisiones gremiales, lo que les impide luchar y empoderarse de sus derechos, sumado esto a la falta de una genuina representación de sus referentes (corrupción y clientelismo de sus representantes).

En este escenario la comunidad chorote -en estudio- se encuentra en una relativa inclusión social, presenta un elevado déficit sanitario, ya que recién en el primer semestre 2018 accedieron al Programa de mejoramiento de hábitat que comprende acceso a calles pavimentadas y red cloacal, no obstante continúan usando las letrinas ya que la instalación de la red domiciliaria esta proyectada

para el próximo año. También accedieron a espacios de recreación para niños y adultos, sobre ruta 34.

Otra cuestión importante es la instalación de puntos de venta en la comunidad, es decir familias que venden drogas al menudeo. Allí surgen situaciones de conflictos con estas familias, que son denunciadas y ante la inacción de las autoridades judiciales, y la naturalización de la problemática, abandonan su posturas debido a las permanentes amenazas, generando así un malestar colectivo.

Planteada esta descripción general de la comunidad y su contexto social nos focalizaremos en la situación problema de consumo y la comunidad vulnerable afectada, la población infanto juvenil, para lo cual nos remitiremos al marco teórico que explica que es el consumo, sus niveles, perfil del adicto, factores que inciden en el consumo, etc.

3. OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES

- Describir y analizar la problemática sanitaria sobre el consumo de drogas y la detección de casos en la población infanto-juvenil de la Comunidad Chorote - Tartagal 2020 (Dpto. San Martín - Provincia de Salta – Argentina)

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Obtener datos relevantes de una muestra representativa de la población estudiada acerca de la problemática abordada, a través de cuestionarios simples, encuestas semiestructurada como herramientas de recolección de datos, así como un sondeo aplicado en entrevistas (grabaciones).
- Describir el estado de la situación sanitaria relacionadas al consumo de sustancias y la detección de casos en la población infanto-juvenil de la Comunidad Chorote - Tartagal 2020 (Dpto. San Martín - Provincia de Salta – Argentina).

- Representar las variables que se relacionan al consumo de sustancias y los factores causantes que intervienen en la misma, a través de los gráficos correspondientes.
- Implementar estrategia de abordaje desde la intervención de APS, con un proyecto de aplicación, desde el campo de la educación para la salud (Promoción de la salud).

4. METODOLOGÍA

En cuanto a la Metodología para el abordaje de la investigación de la población en estudio, se utilizará el método cuantitativo. Dicho método se diferencia de otros métodos en su procedimiento específico y en sus principios básicos: este se basa en los datos numéricos, la investigación se realiza mediante encuestas, y tiene una modalidad descriptiva. Permite analizar y predecir el comportamiento de la población, cuyos resultados pueden ser generalizados. Se puede resumir en la premisa: “Ver y medir para prever”.

Este método cuantitativo aborda 4 tipos de investigación:

1. Investigación descriptiva.
2. Investigación analítica
3. Investigación experimental.
4. Investigación semi experimental.

Para abordar el diseño metodológico se debe tener en cuenta como primer paso el tipo de investigación apropiada para el estudio a realizar, en este caso la investigación es descriptiva. Por otro lado en la investigación de campo se realizara un corte transversal del objeto de estudio.

Por otro lado, se tomará la población o muestra, bajo criterio de obtener una muestra representativa de la población que aporten un conocimiento sistemático, medible y replicable.

Procedimientos e instrumental: Para la recolección de datos se utilizarán recursos metodológicos de tipo cuantitativo, tales como: encuestas, la observación, (entrevistas, filmaciones). Dichas encuestas se realizarán a diversas franjas etarias, para lo cual en el inicio de la tarea investigativa, se clasificará a la población en estudio en diversos grupos etarios, tomándose muestras significativas al azar.

Se focaliza en el uso de información cuantitativa para lo cual la recopilación de datos se realizaron observaciones simples, entrevistas simple y semiestructurada.

Mencionamos con anterioridad la realización de un sondeo, que a través de entrevistas (grabaciones) se logró recolectar, información generalizada de la situación de la población en estudios, de los informantes llave referentes comunitarios, como caciques y miembros de la comunidad. Lo que permitió tener un conocimiento aproximado del problema que más preocupa a los padres de familia y plantearlo en el presente estudio.

En cuanto a las consideraciones éticas para el presente estudio de campo se tendrán en cuenta el resguardo de la identidad de las personas anónimas y de informantes llave que aportaran datos al mismo.



4.1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOST	SETIEM	OCTUB	NOVIEM	DICIEM
Estudio teoría	X								
Elaboración diagnóstico	X	X							
Presentación diagnóstico			X						
Ejecución diagnóstico			X						
Presentación informe				X	X				
Estudio teoría e informe				X	X				
Elaboración del proyecto				X	X				
Presentación del proyecto				X	X				
Ejecución del proyecto					X	X			
Aplicación de instrumentos						X	X		
Sistematización							X		
Elaboración de análisis y conclusiones							X		
Presentación final								X	X

REFERENCIAS

 FASE DE TRABAJO DE CAMPO

 FASE DE PROYECTO DE INTERVENCION (APLICACIÓN)

4.2. UNIDAD ANÁLISIS DE INVESTIGACION

La delimitación de área de investigación se ubica geográficamente en la ciudad de Tartagal-Provincia de Salta. Allí se encuentra la población objeto de estudio: la comunidad chorote 1 y 2., a la vera de la ruta N° 34. Es una zona urbana que tiene acceso a la mayoría de los servicios públicos.

Como fuentes primarias, de la población en estudio, se tomarán las planillas del Resumen de trabajo F-2 Año 2019, de la Dirección- Programa APS. Subsecretaria de Medicina Social / Ronda N° 156 de APS correspondientes al último trimestre de 2018 y enero 2019 (del 10/12/2018 hasta 08/02/2019) del hospital cabecera Pte. Juan D. Perón - Área Operativa XII.

El Procesamiento y Análisis de Datos, se realizará teniendo en cuenta el marco teórico pertinente y la fidelidad de los datos obtenidos en el estudio de campo y su descripción, contrastados con la realidad socio-comunitaria.

Es importante mencionar que el proyecto de aplicación, lleva como título: *“Descripción de la problemática sanitaria en la detección de casos de consumo de drogas, en la Comunidad Chorote- ciudad de Tartagal 2020 ”*.

El porqué del título es importante aclarar, ya que su planteo se delimita desde la perspectiva institucional de la salud pública, como una necesidad del hospital zonal, para prever acciones, a través de la gestión de APS (Atención Primaria de la Salud). El objetivo sería detectar casos, en la primera fase del proceso de consumo, es decir en el “uso de drogas”. Esto implica una intervención, en el inicio del proceso salud-enfermedad, con acciones de reducción del avance negativo del mismo.

Esta etapa de prevención, se encuentra dentro de lo que denominamos *Período patogénico* y consta de dos niveles (tercer y cuarto nivel). Aquí, el individuo hace uso, abuso o depende de una o varias sustancias psicoactivas. Su propósito es reducir la incidencia mediante el diagnóstico precoz y el tratamiento de abordaje científico, para alcanzar su remisión total, a cargo de los organismos correspondientes.

Los recursos humanos seleccionados para dicha tarea estarían a cargo de los educadores sanitarios, incluidos en el equipo de salud, en el marco de una experiencia piloto, con el objeto de reforzar las acciones de APS acompañando y reforzando las actividades de los agentes sanitarios, en la ronda mensual.

En cuanto a los referentes teóricos se tomara el planteo de los estudiosos de la problemática del consumo en la sociedad actual y puntualmente el perfil del segmento juvenil y los factores que inciden en el consumo de drogas. Se tomarán fuentes primarias y secundarias.

5. MARCO TEORICO

5.1. CONCEPTO DE ADICCIÓN

La OMS es la que define en 1957 a la adicción como *“un estado de intoxicación crónica y periódica originada por el consumo excesivo de una droga natural o sintética”*, caracterizada por:

- Una compulsión a continuar consumiendo por cualquier medio
- Una tendencia al aumento de la dosis
- Una dependencia física y/o psíquica de sus efectos
- Existencia de consecuencias para el sujeto y la sociedad

(Serie de Informes Técnicos, ONU 1957)

5.1.1. Sustancias psicoactivas o drogas

Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud también define a las drogas o sustancias psicoactivas, como *“cualquier sustancia, natural o sintética, que introducida en el organismo y por sus efectos en el sistema nervioso central, puede provocar alteraciones en el estado anímico, facultades cognitivas o en el comportamiento de una persona”* (ONU, 1957).

5.1.2. Clasificación de las drogas según sus efectos

Las drogas se clasifican farmacológicamente en tres grupos según los efectos generados en el Sistema Nervioso Central (SNC).

- Psicoanalépticos (estimulantes)
- Psicolépticos (depresores)
- Psicodislépticos (modificadores)

Las drogas *estimulantes* (Psicoanalépticos), intensifican la actividad cerebral provocando estados de excitación extrema. Las sustancias *depresoras*

(Psicolépticos), limitan el funcionamiento del SNC, lo cual provoca fallas en la percepción, en el lenguaje y descontrol motor; y las sustancias *modificadoras* (Psicodislépticos), son provocadoras de alteraciones psíquicas que afectan a la percepción.

5.1.3. Niveles de compromiso con respecto al consumo de drogas

De acuerdo a Pestarino (1997, p. 38), existen distintos niveles de compromiso respecto al consumo de drogas que ordenados de acuerdo a su gravedad, son: el *uso*, el *abuso* y la *dependencia*.

El *uso* de las drogas, es el primer contacto que un individuo puede tener con las mismas, siendo variadas las circunstancias que impulsan a su consumo. Entre ellas podemos citar: el espíritu de imitación, angustias diversas, competencias patológicas, la falta de objetivos en la vida, la administración indebida de medicamentos y en algunos casos, la enorme presión de la sociedad de consumo.

Todas estas actitudes inducen a la “transferencia” del hombre a la droga, haciéndose muy difícil controlarla y suprimirla si no existe una concientización del daño que se produce y si no hay voluntad al respecto. Casos típicos lo configuran aquellos estudiantes que recurren a las anfetaminas ante la presencia de exámenes o el consumo en exceso de cualquier droga socialmente y legalmente aceptada, como por ejemplo, el alcohol.

El *abuso* de drogas puede definirse como una sumatoria de usos indebidos, pues es la frecuencia en el uso, la constante del abuso. Aquí aparece el hábito con la sustancia, que es la gradual adaptación del organismo a las drogas, con la consecuencia que en el transcurso del tiempo la misma dosis va produciendo menores efectos. Por consiguiente, para tener las mismas respuestas deberá incrementarse la cantidad.

La *dependencia*, se produce cuando el consumidor se sujeciona a las sustancias y “depende” de ellas. En estos casos, el impulso de consumo es periódico, continuo y no se pueden reprimir. El individuo (ya adicto) busca experimentar el efecto de las drogas o evitar el malestar que produce su ausencia. Vale decir, que el dependiente pierde la libertad frente las drogas, porque aún si quisiera, no podría prescindir de ellas.

5.1.4. Tipos de dependencias

Según Pestarino, C. (1997, p. 40) “(...) *La dependencia puede ser psicológica o física. Es psicológica cuando, el individuo se siente mentalmente incapaz de vivir sin la sustancia (...) Este fenómeno, se sitúa en el cerebro, dejando fuera de acción a la voluntad, no habiendo por consecuencia ningún límite.*”

Estamos en presencia de una *dependencia física*, cuando toda esta sintomatología se hace extensiva al cuerpo. Con la continua administración de una o varias sustancias psicoactivas, operan en el organismo importantes cambios metabólicos. Al modificar la química del cuerpo se hace indispensable la sustancia acostumbrada para poder vivir. Prueba irrefutable de la dependencia física, es observar si se presenta el *síndrome de abstinencia*, que es la reacción fisiológica del cuerpo ante su falta.

5.2. LA DROGODEPENDENCIA COMO PROBLEMA SEGÚN LOS DISTINTOS PARADIGMAS

Los diferentes estudios y trabajos en este campo, todavía no han llegado a un acuerdo básico sobre lo que es la drogodependencia o toxicomanía. En el *Curso de Actualización de Operadores Socio Terapeutas-Módulo II*, cuyo autor es el Lic. Guillermo Arquati (s.f., p. 1), se definen, desde los paradigmas existentes, distintos enfoques de la drogodependencia:

“Médico: la considera como enfermedad producida por la ingesta de sustancias tóxicas que provocan dependencia psíquica o física. El toxicómano es, por tanto, un sujeto pasivo de este problema. La rehabilitación se plantea en términos clínicos y médicos (desintoxicación, mantenimiento con metadona, tratamiento con antagonistas, etcétera) no se plantea la reinserción.

Psicológico: también la considera enfermedad, si bien busca sus causas (según el paradigma psicológico de que se parta) en fallos evolutivos, deficiente aprendizaje, vacío de sentido, etcétera. En la rehabilitación ha de ser activo y le ofrece terapias de distinto tipo: psicoanalíticas, conductual, individual, de grupo, etcétera. De cara a la reinserción social, plantea grupos de apoyo terapéuticos.

Sociocultural: la ve como desviación social o conducta psicopática. (Se acerca a la postura psicológica pero la considera causada por problemas sociales: causas económicas, bajo nivel cultural, agresividad del entorno, frustración social, etcétera) la rehabilitación ha de hacerse cambiando el entorno y mediante el nuevo aprendizaje social del toxicómano. La reinserción no es factible sin estos dos supuestos.

Psicosocial: reúne las dos anteriores. Tiene en cuenta las causas de tipo individual (psicológicas) y colectivas (problemática familiar y social). El toxicómano es un sujeto con un problema que puede resolverse mediante su

participación activa y la de su entorno (familia, amigos, trabajo, etcétera) busca la realización personal, pero de cara a su reinserción social, sin la cual no sirve de nada que deje de consumir drogas.

Jurídico moral: considera al toxicómano como delincuente, jugando entre dos polos (víctima y verdugo). Intenta controlar su conducta peligrosa mediante la reclusión y otras medidas sancionadoras. No se plantea, especialmente, la rehabilitación y reinserción (aunque se empieza a apreciar un cierto cambio legislativo).

Los programas en general, que se destinan a la asistencia y rehabilitación de las personas con problemas de consumo, se basan en el modelo psicosocial, para dicho modelo el drogodependiente es una persona con problemas

Lo más importante es conocer las características de la persona drogodependiente, es decir, su estructura adictiva, dado que si tal estructura no se resuelve, de poco servirá una abstinencia más o menos prolongada y fácilmente se pasará de la dependencia de una sustancia a otra. Frente a las diversas concepciones que nos dicen que la droga produce al toxicómano, otras sostienen que el toxicómano es el que hace existir la droga, debido al lugar que le asigna en su vida y al vínculo que establece con la misma.”

5.2.1. Características del drogodependiente

Las causas que intervienen en la drogodependencia son variadas y requieren para su análisis estudios específicos. Entre las características principales de construcción de la personalidad del adicto el Lic. Arquati (s.f., p. 2, mód. II) afirma que:

“El drogodependiente, en general, es una persona que no ha crecido, que no ha madurado, de tal manera que pueda asumir su propia responsabilidad, sus ansiedades y frustraciones. Es decir, decimos que no ha madurado porque a una edad en que esto ya se espera, no ha aprendido a enfrentar la vida”.

Aunque no existe un toxicómano típico y a pesar de las diferencias entre las distintas escuelas psicológicas, vamos a ofrecer a continuación un perfil de las características del drogodependiente. Al hablar de perfil queremos señalar que se trata solo de una descripción fenomenológica y no interpretativa.

5.2.2. Característica de la personalidad pre-adictiva

Previa a la conducta toxicómana, existe una estructura relacional, común en todos los drogodependientes y presente en aquellos que padecen otros tipos de adicciones, como por ejemplo, la ludopatía. Actúa a nivel inconsciente, aunque sus efectos son conscientes y producen fenómenos observables por el sujeto y por los otros. Según el manual del operador socio-terapeuta del Lic. Arquati (s.f., p. 3, mód. II), la estructura pre-adictiva se manifiesta en los siguientes rasgos

que deben ser modificados para que consideremos rehabilitado al paciente toxicómano:

- *Baja autoestima*: Es la infravaloración personal, sentimiento de inferioridad. Implica el no aceptarse físicamente o de carácter.
- *Dependencia del exterior*: Se refiere a la búsqueda de la aprobación o del rechazo de las personas que constituyen su entorno.
- *Baja tolerancia a la frustración*: Es el predominio del pensamiento del “todo o nada” que dificulta enormemente la tolerancia al dolor, al stress, a la demora de refuerzos, en definitiva a cualquier situación de espera.
- *Bajo control de los impulsos*: Debido a la internalización de la autoridad, el orden, etc. Todas estas características nos llevan a pensar en una estructura psicológica particular que surge de un Yo que tiene serias dificultades para postergar sus impulsos y ofrecerles satisfacciones alternativas más adecuadas a la realidad.

5.2.3. Características del drogodependiente “en activo”

- *Mentira Patológica*: Fabulación excesiva, dificultad en distinguir lo verdadero de lo falso, etc.
- *Manipulación*: O sea relaciones personales utilitarias
- *Victimismo*: Proyección de su sentimiento de culpa como medio de negar sus responsabilidades.
- *Conductas autoagresivas*: Desinterés por la propia salud, etc.
- *Descontrol personal*: Horarios, descanso, comidas, relaciones.
- *Ausencia de criterios éticos y de sentimientos*: Los tiene, pero la necesidad de conseguir la dosis y el consumo de ésta, los amortigua.
- *Progresivo incremento de tendencias paranoicas*: Como consecuencia de su entrada en el círculo cerrado de ansiedad-consumo.

(Arquati, G. (s.f.), p. 4, mód. II)

5.2.4. Modalidades defensivas

Son actitudes y conductas a través de las cuales el drogodependiente se protege de sus problemas y de sus tensiones. No debemos confundir este término con el

de mecanismos de defensa, que son necesarios e imprescindibles para el desarrollo del ser humano.

La conducta defensiva, es una unidad integrada orientada a buscar el placer y/o evitar el dolor. Consta de tres elementos: la percepción, el sentimiento y la acción.

Por otro lado, existen formas de reacción no adaptativas frente a la posibilidad de sentir displacer, donde el sujeto se retrae, se bloquea y no siente nada. Arquati (s.f.), asevera que el drogodependiente consigue tal fin, a través de las siguientes modalidades defensivas:

- *Negación*: Incapacidad de reconocer un problema como propio pese a su evidente y forzosa existencia. El sujeto es incapaz de reconocer su problema o la causa de éste. Se inscribe aquí la “mentira psicológica” del toxicómano en activo.

Esta negación afecta sobre todo a los sentimientos.

- *Racionalización*: Modalidad defensiva mediante la cual se intenta separar la propia conducta (consume droga) y la responsabilidad de los efectos desagradables que se experimentan por tal conducta. Esto puede hacerse de tres maneras:
 - *Justificación*: Dar excusas y justificaciones por los problemas causados por el consumo de drogas. En este caso no se niega tener un problema, pero se lo razona negando que tenga que ver con la drogadicción.
 - *Minimización*: Minimizar los problemas para que parezca mucho más insignificantes de lo que son y no tener que preocuparse ya por ellos.
 - *Imagen*: Construcción de un Yo (aparición externa, falsas actitudes, comportamientos teatrales, etc.) que oculta a los demás; y a sí mismo, la auténtica identidad.
 - *Imagen Ofensiva*: Comportarse constantemente, de modo inaceptable para los demás y conseguir así una cierta distancia de las personas, es decir, rechazar a los demás antes de ser rechazados por ellos.
 - *Imagen Complaciente*: Mostrarse amigable, disponible y altruista para esconder la rabia hacia los demás.

- *Imagen Indiferente*: Mostrarse indiferente hacia los demás para esconder un interés que es vivido por el sujeto como excesivo.
- *Proyección o Victimismo*: Echarle la culpa de su problema de dependencia de drogas a fuerzas o circunstancias exteriores al sujeto mismo.

“Las adicciones son la expresión sintomática de la angustia que padecen algunas personas que no logran descubrir caminos aptos para resolver sus problemas y que buscan calmar esa angustia a través del consumo de sustancias” (Causas que intervienen en..., (s.f.), sección causas, párr. 2). Esto conduce a una pérdida de la salud integral, afectando el plano individual, familiar y social, poniendo en riesgo la salud pública.

5.3. FAMILIAS PSICOTOXICAS

Se entiende por familia psico-tóxica a aquella que por sus características favorecen el desarrollo de síntomas de adicción, estrictamente a las que incluyen uno o más miembros adictos. Se trata de familias desestructuradas donde los roles se encuentran invertidos respecto al orden de la familia tradicional.

Cuando en una familia, no existe conciencia de los roles asignados esperados (madre, padre, hijo), surgen malentendidos. Esto se observa en familias con uno o varios miembros con problemas de consumo. Aquí, los roles de uno y otro no se corresponden: el padre se muestra como una figura inconsistente con dificultades para intervenir desde la ley y la madre desautoriza a la figura paterna debilitándola.

“Surge así, un nuevo pacto de supervivencia familiar, donde el hijo se convierte en el objeto que satisface las demandas maternas, permitiendo al padre, desentenderse de su función. Así se instala el modelo interaccional donde no hay límites claros y definidos.

El hijo, en la familia psicotóxica, está sentenciado a no tener identidad propia en su afán de tenerla, pues elige la identidad del drogadicto. No está destinado a ser autónomo, con vida propia, ya que el sentido de su vida es ser para la madre, porque la misma, no dona su hijo a la cultura. El rol del padre no es firme ni tiene una identidad recortada que le permita cumplir con su función específica, como representante de la norma y efector de las reglas entre madre-hijo.”

(Arquati, G., 2009).

El tipo de familia antes descrita, niega las conductas auto y hetero destructivas del sujeto adicto, que probablemente son visibles para otras personas.

5.3.1. La familia del adicto

Dentro de los contenidos teóricos aportados por el primer curso de capacitación en prevención del uso indebido de drogas, dictado en la Universidad Nacional de Salta, S.R.T. Tartagal, se señala que:

“Existen rasgos comunes en este tipo de patología y se pueden definir dos características comunes a la familia del adicto:

- Hogares incontinentes*
- Borramiento de la figura paterna*
- Alianza madre hijo*

Ambas que se manifiestan en tres categorías de relaciones que se establecen entre padre, madre hijos.

1) Relaciones narcisistas exclusivas, el padre, la madre o ambos entablan con el hijo un vínculo ambivalente con un fuerte componente de hostilidad. Esta hostilidad puede ser debida a rivalidad, celos o envidia al actualizarse sentimientos dormidos hacia personajes pretéritos que son transferidos sobre el niño.

Las relaciones narcisistas exclusivas, también están relacionadas con el abandono o la indiferencia afectiva de uno o de ambos padres. El autor expresa que lo más frecuente es que se trate de embarazos no deseados. La interdependencia de la pareja también implica relaciones narcisistas exclusivas, ya que se trata de parejas que viven en una ‘burbuja de amor narcisista’, delegando sus responsabilidades paternas, ubicándose también en polos antagónicos, siendo uno demasiado complaciente y el otro demasiado restrictivo, pero sin llegar a un acuerdo para poner límites adecuados.

2) Relaciones narcisistas retentivas, ambos padres, o el más influyente sobreprotege al hijo; también este tipo de relaciones puede deberse a la existencia de lugares invertidos dentro del núcleo familiar; otra causa de este tipo de relaciones es la negación de diferencias intergeneracionales que plantean las madres o padres que compiten con sus hijos adolescentes comportándose como ellos.

Las relaciones narcisistas retentivas, surgen cuando el hijo es convocado como aliado por uno de los cónyuges para reforzar la exclusión del otro.

3) Relaciones espasmódicas, asociadas a padres severamente afectados por un cuadro psiquiátrico, ya que poseen una gran dificultad en poner límites amorosos apropiados.

Estos padres, son inestables emocionalmente y poseen una falta de adecuación de sus respuestas a los requerimientos del hijo.

En cuanto a la alianza madre hijo, en los tóxico dependientes hay una especie de alianza enfermiza entre la madre y el hijo, mientras que el padre queda relativamente ausente. El padre puede quedar ausensificado porque tiene miedo de equivocarse en relación con sus hijos y por eso delega en su esposa esa responsabilidad. El desdibujamiento de la figura paterna puede darse cuando el hombre no puede sustraerse de las discusiones con su pareja. También suele ocurrir cuando el padre real es demasiado cruel, arbitrario e intolerante y cuando es desautorizado por la madre.

Cuando el padre no es reconocido desde su lugar de autoridad, se cristaliza una alianza madre hijo que tiene poco o nada en cuenta las prohibiciones establecidas por el padre. De esta manera este niño está mal predispuesto a la autoridad y reacciona con abulia, desatención y desinterés, con trastornos de conducta.

Este adolescente pronto buscará pares que le ofrezcan iniciarlo o profundizar las actuaciones transgresivas y penetrar en el mundo de las drogas. El muchacho deja de lado sus responsabilidades con diversos pretextos, se mueve con desgano, descuida su aspecto físico y se muestra desinteresado” (Arquati, G., 2009).

5.4. FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA OCURRENCIA DEL USO INDEBIDO DE DROGAS

Se considera factor de riesgo a todo elemento o causa que incide o determina que un individuo comience a consumir drogas. No son la causa directa del problema, sino un componente que aumenta el riesgo de caer en el consumo.

“(…) Nunca se llega a la drogadependencia por influencia de un único factor. Es importante identificar las distintas fuentes que asociadas, explican esta sociopatología.” (Causas que intervienen en..., (s.f.), sección causas, párr. 6).

5.4.1. Factores ligados al individuo

- Curiosidad
- Búsqueda de experiencias placenteras
- Presión negativa del grupo de pares.
- Demostración de rebeldía
- Experimentación de sensaciones peligrosas
- Deseos de independencia
- Evasión de la realidad
- Dificultad para establecer vínculos significativos con otros.
- Inseguridad o negativismo con relación al futuro.
- Dificultades para recibir o dar afecto.
- Dificultades para utilizar el tiempo libre.
- Insatisfacción en sus expectativas.
- Carencia de autoestima.
- Descontento de su calidad de vida.
- Ausencia de proyectos.
- Escasa tolerancia a la frustración
- Falta de habilidades para tomar decisiones o resolver problemas

- Poco conocimiento acerca de las drogas
- Consumo temprano de drogas
- Consecuencias del abuso físico, sexual o emocional
- Actitudes favorables hacia el consumo de drogas
- Ausencia de valores ético-morales

5.4.2. Factores vinculados al grupo familiar

- Desventajas conyugales
- Incapacidad para comprender la debilidad
- Incapacidad o indiferencia para marcar pautas claras de comportamiento o “límites”
- Padres ausentes
- Padres que quieren suplantar con dinero el compromiso
- Falta de modelos familiares
- Uso de drogas o alcohol en alguno de los miembros de la familia.
- Padres resentidos debido al cumplimiento de sus responsabilidades adultas
- Falta de compromiso con la temática de la droga
- Falta lisa y llana de afecto o imposibilidad de expresarlo claramente
- Incomunicación o comunicación no funcional.
- Padres violentos y/o intolerantes
- Relaciones afectivas frustrantes.
- Padres sobreprotectores.
- Falta de equilibrio entre el límite y el afecto

“La familia aporta los primeros y más importantes modelos de vida para el individuo, como así también la primera red de sostén de afecto. Por eso las disfunciones familiares pueden constituir otra fuente de factores intervinientes”.
(Causas que intervienen en..., (s.f.), sección causas, párr. 8).

5.4.3. Factores vinculados a la educación

- Ausencia de acompañamiento de la familia en el proyecto educativo que favorezca el desarrollo de valores éticos como la solidaridad, el respeto, la libertad, la responsabilidad, la tolerancia y otros.

- Pérdida de la imagen del docente y directivos, como modelos a seguir
- Disfunciones en el sistema educativo que debilitan la autoridad del docente.
- Complicidad de padres e hijos, en actitudes o acciones que promueven la pérdida del respeto al docente
- Extralimitación de funciones de: asistencialismo a familias en crisis económica, de valores etc. (desocupación, violencia familiar, drogadicción, delincuencia, desintegración familiar, pobreza, anomía social)
- Actividades de enseñanza que sólo ponen énfasis en la adquisición de información.
- Falta de gratificación y motivación por parte de los docentes.
- Modelo autocrático en los vínculos institucionales y jornada escolar reducida.
- Ausencia de propuestas educativas relacionadas al tiempo libre.

“La escuela es la segunda institución proveedora de modelos y vínculos afectivos, y en tal sentido es co-responsable de la formación y crecimiento libre de los niños y de los jóvenes. Sus disfunciones aportan factores al problema del uso de drogas.” (Causas que intervienen en..., (s.f.), sección causas, párr. 10).

5.4.4. Factores vinculados con los modelos socioculturales

- Facilidad de acceso a drogas en el ambiente.
- Sociedades segregadas, sin redes de apoyo.
- Marginación de los sistemas de inclusión social como el ámbito escolar, laboral.
- Falta de compromiso comunal con las problemáticas propias de sus integrantes.
- Bajas expectativas de desarrollo e inserción social.
- Falta de espacios para recrearse
- Incitación directa o indirecta (coacción social) al consumo de las drogas ilegales mediante la apología de sus efectos, en publicaciones, películas, discos, internet etc.

"La serie de factores, aisladamente no explican el fenómeno de la drogadependencia, aunque asociados pueden influir en su aparición. No existen conductas individuales o grupales que se extiendan en una sociedad si no hay un modelo cultural previo que las codifique; es decir, la alarmante extensión del uso indebido de drogas en nuestras sociedades indica que existe un modelo cultural alentando las conductas adictivas.

Es el modelo consumista que crea la 'ilusión' del gran avance tecnológico el que le permite al hombre resolver absolutamente todo, que para cada problema existe un objeto, aparato o cosa para resolverlo. Este modelo cultural premia al 'exitoso' y margina al que no 'triumfa', valorando la competitividad e ignorando la solidaridad y el valor humano; exalta el individualismo y descarta la cooperación, enfatiza los valores materiales y olvida los valores éticos, es la cultura del 'tener' y no la del 'ser'. La ilusión de encontrar el éxito en la respuesta fácil y rápida a través del consumo de algo constituye una matriz cultural sobre la cual algunas personas o grupos inscriben sus conductas adictivas, buscando resolver inmediatamente sus angustias cotidianas a través del consumo de ciertas sustancias.

El otro elemento que cierra este circuito es, obviamente, la disponibilidad de la droga. Si bien ésta varía de lugar en lugar y de época en época, resulta importante conocer que en un estudio realizado en diez países de América se indica que los consumos más frecuentes recaen en el abuso de drogas lícitas (alcohol, tabaco, tranquilizantes, medicamentos, etc.).

En segundo orden de importancia aparece el consumo de marihuana, solventes orgánicos, anfetaminas, cocaína, heroína, etc., siendo el consumo de alcohol el problema más importante, ya que su uso, generalmente, es acompañado por la ingesta de otras sustancias.

En síntesis, el uso indebido de drogas es el resultado de interrelaciones entre múltiples factores: el individuo, su historia familiar y educativa, las condiciones sociales y peculiares que lo rodean, y el acceso a la droga en sí mismo.

La drogadependencia constituye una expresión del fracaso individual para crecer en libertad, como así también del fracaso de una comunidad y una cultura que no ofrecen modelos sólidos de referencia para el crecimiento saludable de sus miembros."

(Causas que intervienen en..., (s.f.), sección causas.)

6. DIAGNOSTICO DE SITUACION

Ubicación Geográfica del departamento Gral. San Martín

Se encuentra situado en el Norte de la provincia. Sus coordenadas geográficas lo ubican entre los 63° 06' 33" de longitud oeste y los 23° 39' 12" de latitud sur.

Limite

Al norte con la República de Bolivia, al este con el departamento Rivadavia, al sur con los Departamentos de Rivadavia y Orán, al oeste con el departamento de Orán y la República de Bolivia.

Superficie

Tiene 16.257 km², el 10% de la provincia.

Población

Cuenta con 80.793 habitantes, representando el 12,2 de la provincia

División Política

Se compone de seis municipios. La cabecera es Tartagal

Características de la Zona

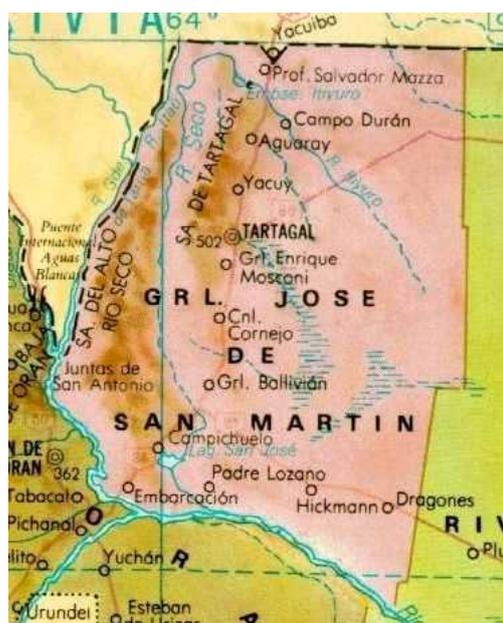
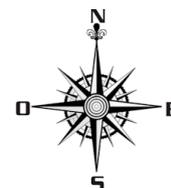
Las $\frac{3}{4}$ partes del departamento es llanura, perteneciente a la región chaco-salteña, las serranías abarcan la parte noroeste.

Hidrografía

El principal río es el Bermejo que cruza el límite sur del dpto. de oeste a este. En el límite norte con la Rep. de Bolivia y de Paraguay corre el río Pilcomayo.

Clima

Es subtropical con estación seca. La temperatura es elevada casi todo el año - la media está en 22°



Ubicación Geográfica de la ciudad Tartagal

Ubicada al norte de Argentina, en la provincia de Salta. Está situada en el noreste de la provincia, en el Departamento General José de San Martín, del cual es cabecera.

Limite

Al norte con el municipio de Aguaray, al este con el departamento de Rivadavia, al sur con el municipio Ballivián y al oeste con el municipio de Gral. Mosconi.

Superficie

3.015 km²

Población

69.696 (2012)

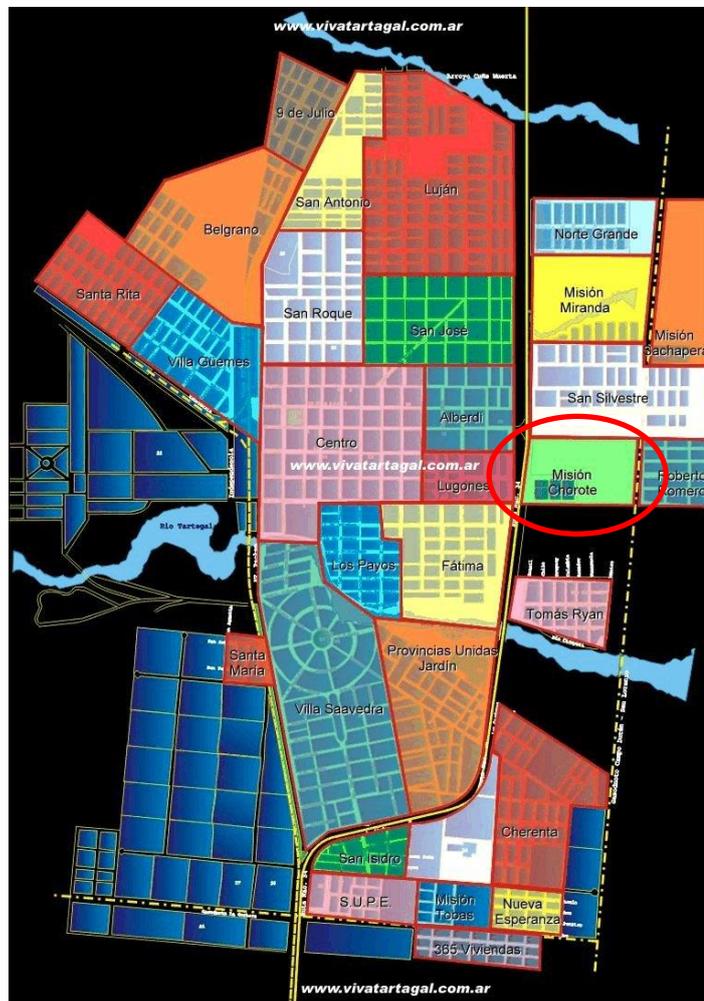
Hidrografía

El principal río es el Tartagal que cruza la ciudad de noreste a sudeste.



6.1. Comunidades de pueblos originarios en Tartagal

1. La Loma (Chiriguano)
2. 9 de Julio (Chiriguano)
3. San Antonio (Chiriguano)
4. Tiro Federal (Chiriguano)
5. Tapiete (Tapiete)
6. Cacique Cambaí (Wichí)
7. Pablo Secretario (Toba)
8. Sachapera 1 (Wichí)
9. Sachapera 2 (Chiriguano)
10. **Chorote 1 (Chorote)**
11. **Chorote 2 (Chorote)**
12. Lapacho 1 (Chorote)
13. Lapacho 2 (Chorote)
14. Los Tobas (Toba)
15. Cherenta (Chiriguano)
16. La Mora (Wichí)
17. El Talar (Wichí)
18. La Curva (Wichí)
19. Km. 6 (Wichí, Toba, Chorote)
20. Km. 8 (Wichí)
21. Km. 12 (Wichí)
22. Km. 16 (Wichí)
23. Km. 18 Lapacho Mocho (Wichí)
24. Tonono Wichí (Wichí)
25. Tonono Guaraní (Chiriguano)
26. El Pacará (Wichí)
27. Monteveo (Wichí)
28. El Paraíso (Wichí)
29. Zanja Honda (Chiriguano)
30. Yariaguarenda (Chiriguano)
31. Tranquitas (Chiriguano)
32. Yacuy (Chiriguano)

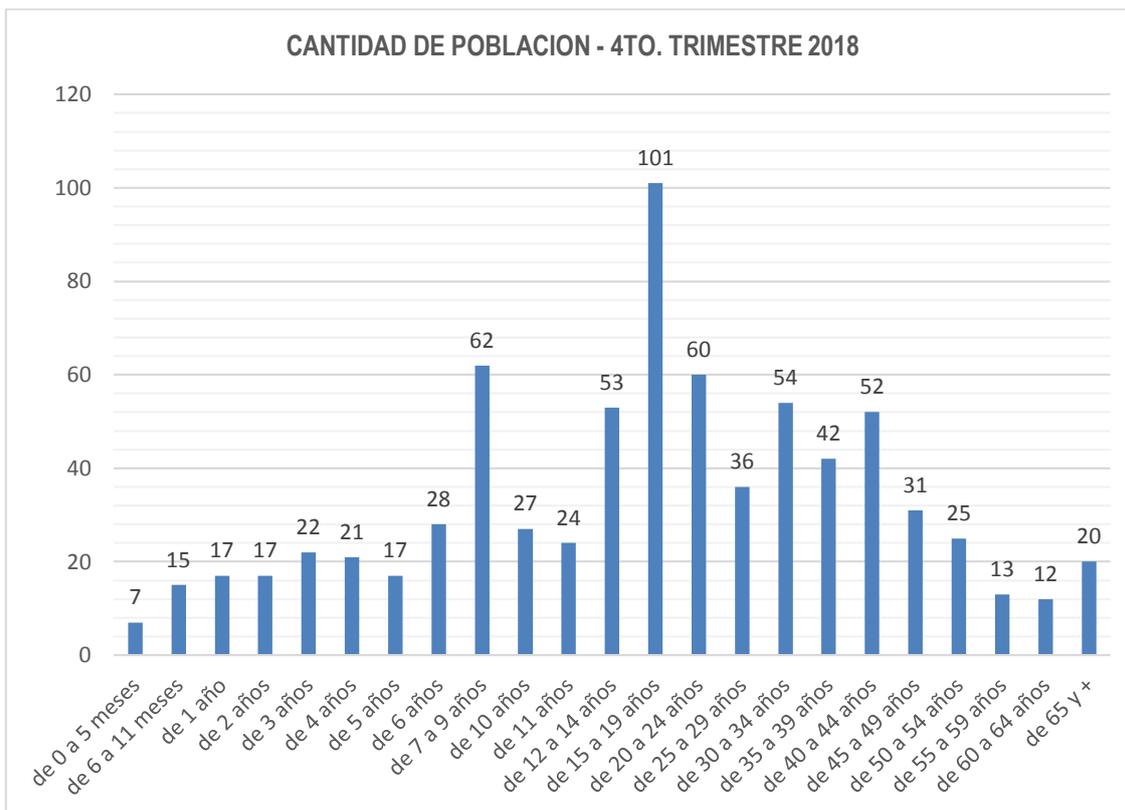


■ Población de estudio: Comunidad Chorote 1 y 2

6.2. Datos sociodemográficos

La comunidad chorote se compone de 756 habitantes, el 34% corresponde a niños (0-11), el 20% corresponde a niños y adolescentes (12-19) y el 46% corresponde a los adultos (20-65 y +) dicha población está distribuida en 149 familias, compuesta por 3 etnias: wichi, chulupí y guaraní.

DATOS DE LA POBLACION - 4to. Trimestre 2018		
EDADES	CANTIDAD POBLAC	PORCENTAJE
de 0 a 5 meses	7	1,00
de 6 a 11 meses	15	2,00
de 1 año	17	2,00
de 2 años	17	2,00
de 3 años	22	3,00
de 4 años	21	3,00
de 5 años	17	2,00
de 6 años	28	4,00
de 7 a 9 años	62	8,00
de 10 años	27	4,00
de 11 años	24	3,00
de 12 a 14 años	53	7,00
de 15 a 19 años	101	13,00
de 20 a 24 años	60	8,00
de 25 a 29 años	36	5,00
de 30 a 34 años	54	7,00
de 35 a 39 años	42	5,00
de 40 a 44 años	52	7,00
de 45 a 49 años	31	4,00
de 50 a 54 años	25	3,00
de 55 a 59 años	13	2,00
de 60 a 64 años	12	2,00
de 65 y +	20	3,00
	756	100,00



Las familias cuentan con planes sociales (AUH y AUE). Dichos planes sumados a los magros ingresos de los padres, no llegan a cubrir las necesidades básicas de la familia. Los hombres trabajan como changarines, artesanos, y algunos dominan un oficio como carpintería básica, albañilería, poda, desmonte, las mujeres trabajan como empleadas domésticas, otras realizan artesanías en chaguar. Son solo 4 las familias que cuentan con huerta y 8 con granjas (gallinas y algunos porcinos).

El grupo etario en estudio comprende: niños y jóvenes de 12 a 19 años que representa el 20% del total de la población expuesta al riesgo. En cuanto al género, son 71 varones y 83 mujeres⁷.

Otros indicadores generales de la población serían: entre las personas con enfermedades crónicas están: 15 con diabetes y se encuentran en tratamiento, 3 con TBC en tratamiento avanzado. No existen adultos mayores en situación de

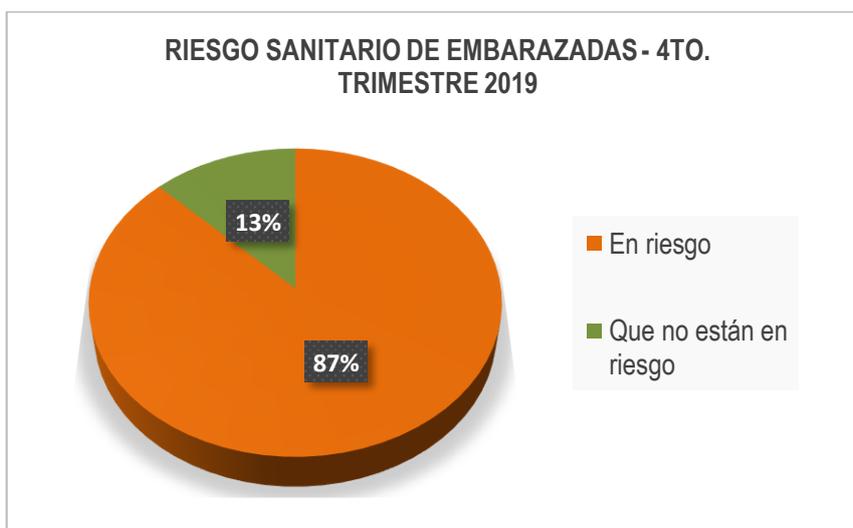
⁷ Fuente: Programa APS - Subsecretaría de Medicina Social - Ronda N° 156/201 Tartagal Salta

riesgo. No hay presencia de Chagas y otras enfermedades crónicas en adultos al cuidado de niños.

La mujer en edad fértil, tienen cobertura en PAP: 3. Anticonceptivos: 98, Aborto: 0.

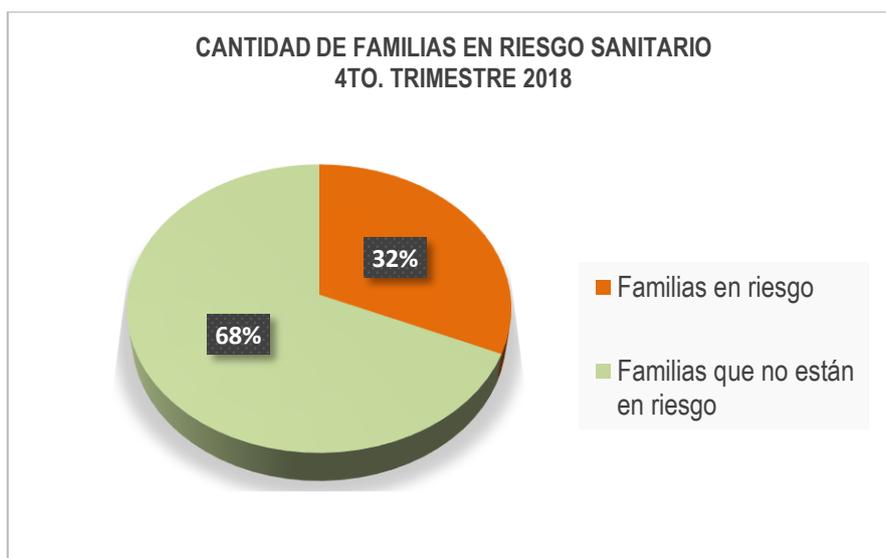
Las embarazadas esperadas en el año: 19, acumuladas: 4, nuevas en ronda: 4, con un total de 8. Se encuentran en riesgo: 7 y menores de 19 años: 4. No presentan indicadores de muerte materna.

EMBARAZADAS		
	NUMERO	PORCENT.
Esperadas en el año	19	
Acumuladas	4	50%
En nueva ronda	4	50%
Total	8	100%
En riesgo	7	87%
Que no están en riesgo	1	13%
Menores de 19 años	4	50%
Embarazadas con MEL	8	



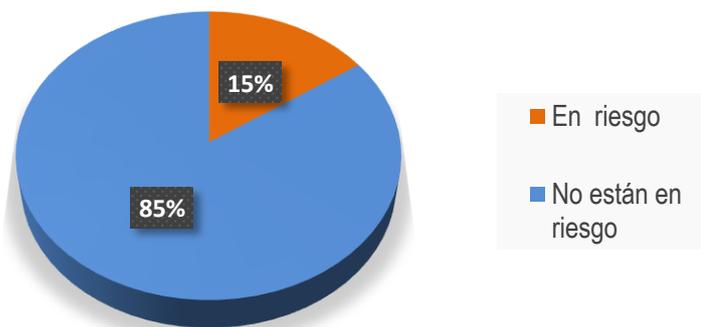
En cuanto a los partos se encuentran controlados y recibieron asistencia en hospital: 3 (núm. de puérperas: 3). Recién nacidos vivos en la ronda: 3, presentaban un peso adecuado al nacer. No hubo prematuros.

Cantidad de familias en riesgo sanitario		
	NUMERO	PORCENT.
Nº familias asignadas	149	100%
Nº familias visitadas	149	100%
Familias en riesgo	47	32%
Familias que no están en riesgo	102	68%



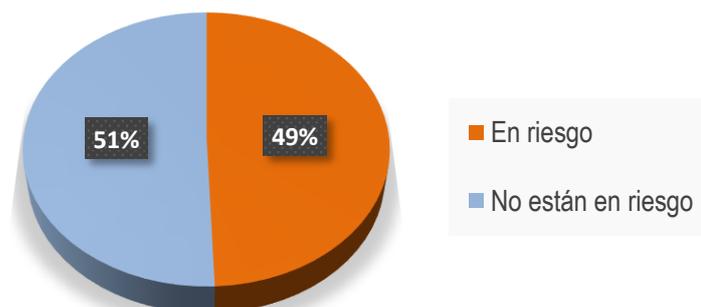
Evaluación antropométrica de niños menores de 2 años		
	NUMERO	PORCENT.
A controlar	39	100%
Adecuado	37	95%
bajo peso	1	3%
Muy buen peso	0	0%
Alto peso	1	3%
En riesgo	6	15%
No están en riesgo	33	85%
Alto peso	0	0%

**TOTAL DE NIÑOS EN RIESGO MENORES DE 2 AÑOS
 4TO. TRIMESTRE 2018**

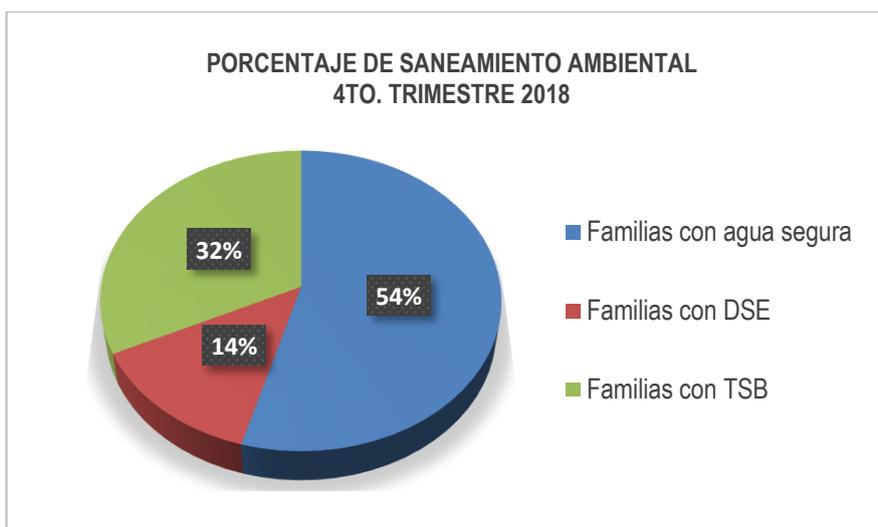
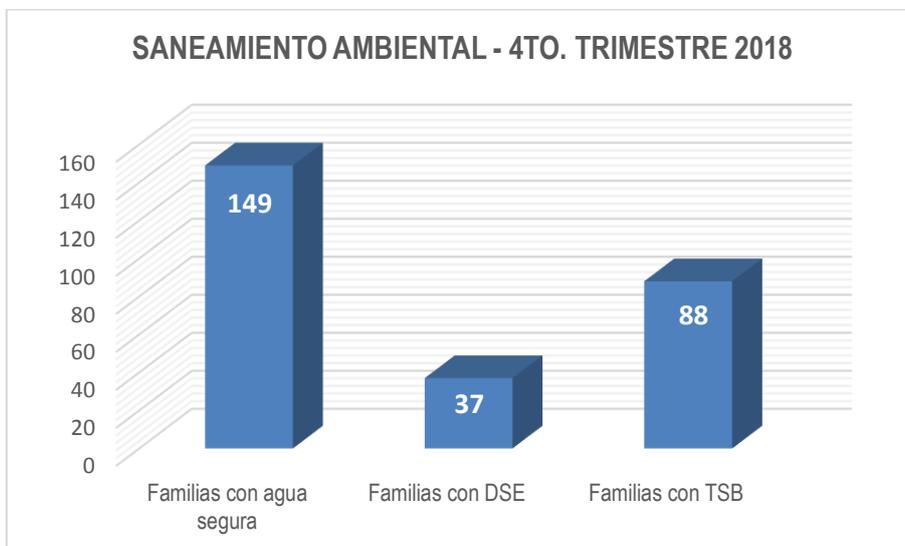


Evaluación antropométrica de niños menores de 2 a 6 años		
	NUMERO	PORCENT.
A controlar	77	100%
Adecuado	70	91%
bajo peso	3	4%
Muy buen peso	0	0%
Alto peso	4	5%
En riesgo	38	49%
No están en riesgo	39	51%
Alto peso	0	0%

**TOTAL DE NIÑOS EN RIESGO MENORES DE 2 A 6 AÑOS
 4TO. TRIMESTRE 2018**



SANEAMIENTO AMBIENTAL	
Familias con agua segura	149
Familias con DSE	37
Familias con TSB	88



7. PROYECTO DE INTERVENCION

Tratándose de una problemática multicausal, debemos plantearnos las siguientes preguntas:

¿Cuál es la mayor recurrencia de factores que lleva al consumo de niños jóvenes?

De acuerdo a los indicadores actuales sobre el abordaje del consumo.

¿Cuáles serán las estrategias de intervención desde APS?

A partir de allí se recolectarán datos cuantitativos, orientados a describir sobre:

- 1) Las representaciones sociales sobre la conducta de consumo, como detectar el problema, en la familia.
- 2) Como brindar información a los padres desde la atención primaria de la salud, para accionar la consulta temprana en el centro de salud, de sus hijos
- 3) La importancia de prever el avance la enfermedad del consumo, en grupos de riesgo.

Estudio inicial de la detección precoz del consumo de drogas en niños y jóvenes de la Comunidad Chorote Tartagal 2020 (Dpto. San Martín-Prov. de Salta)

Carrera: Licenciatura en Educación para la Salud
Alumna: Cantoya Liliana Isabel
Tutora: Dra. Susana Salinas
Co-Tutora: Lic. Virginia Aramayo
Año 2020

7.1. ABSTRAC

A partir de los resultados del trabajo de campo se propone mediante el presente proyecto la intervención sistemática de los educadores sanitarios en la ronda de APS, a fin de realizar la captación temprana de casos de consumo de drogas en la población infanto-juvenil (12 a 19 años) cuya estrategia persigue la intervención precoz y su posterior derivación al hospital zonal para su asistencia y tratamiento, y que tienda a un enfoque y abordaje holístico⁸ de la salud pública.

Se concretaría de este modo el derecho a la salud que tienen los pueblos originarios, de acuerdo LEY N° 7.121 - *Ley de desarrollo de los pueblos indígenas de Salta*: Capítulo I de los objetivos, el apartado c) dice se debe: “*Adecuar las políticas en educación, salud, vivienda y seguridad social y económica, destinadas a este sector de la población (...)*”.

Por otro lado la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, sugiere intervenciones innovadoras en el tratamiento de las personas con problemas de consumo y propone una apertura extramuros hacia las comunidades afectadas, lo que fundamentaría la presente propuesta, que además es de relativo bajo costo.

Dicha intervención tiene como objetivo una acción sistemática de intervenciones domiciliarias cuyo objetivo es realizar un *Estudio inicial de la detección precoz del consumo de drogas en niños y jóvenes de la Comunidad Chorote - Tartagal 2020 (Dpto. San Martín-Prov. de Salta)*.

Esta labor, se realizará en base a intervenciones socioeducativas desde el campo de la educación para la salud, en el domicilio del paciente en la ronda de APS, y siguiendo los lineamientos generales y específicos de la institución hospitalaria, para estos casos.

Es de suma importancia su impacto en la salud pública, ya que con una atención y asistencia temprana de los usuarios del servicio de salud, se podrían prever las complicaciones. El 100% de los casos, ingresan a la guardia del hospital, con

⁸ El enfoque holístico de la salud plantea la asistencia y abordaje integral del enfermo, como una unidad indisoluble, para garantizar la efectividad de la intervención de la salud pública individual y social.

crisis agudas de consumo o por otros traumas relacionados con el mismo, que debido al cuadro inicial del paciente, pueden sufrir complicaciones con riesgo de vida e incluso la muerte.

7.2. FUNDAMENTACION

Sabemos que la problemática sanitaria del consumo atraviesa a todas las sociedades del mundo, sin distinción alguna⁹. En los pueblos originarios, por ser población vulnerable, se acentúa aún más el problema.

Las características de zona de frontera, y el acceso fácil a las drogas, con bocas de expendio en las mismas comunidades, agravan más la situación, pese a la acción de la justicia y del gobierno de erradicar al narcotráfico.

Día a día esta enfermedad, se torna una amenaza para toda la población, especialmente para los niños y jóvenes, así lo expresa el documento de: *Resumen, conclusiones y consecuencias, en materia de políticas. Informe mundial sobre las drogas 2018. UNODC. Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito:*

“El consumo de drogas y los daños conexos son mayores en los jóvenes.

Los estudios sobre el consumo de drogas en la población general muestran que, salvo algunas excepciones vinculadas al consumo tradicional de drogas como el opio o el khat, el consumo de drogas sigue estando más extendido entre los jóvenes que entre las personas de más edad. De la mayoría de las investigaciones se desprende que el riesgo de iniciación en el abuso de sustancias es más acusado en el período de la adolescencia temprana (12 a 14 años) y tardía (15 a 17 años) y que el abuso de sustancias llega a su auge en las personas de 18 a 25 años”.

Se considera a esta enfermedad del consumo, como de origen multicausal, por tanto son varios los factores que intervienen para su surgimiento, entre ellos la falta de contención de niños y jóvenes, en su contexto familiar y social, la oferta al alcance de la mano, la pobreza, etc.

El presente *Proyecto de Intervención* tiene como propósito realizar un estudio inicial sobre la población afectada por esta enfermedad en su fase de uso de

⁹Muchos países siguen sin proporcionar tratamiento adecuado y servicios de salud para reducir los daños causados por las drogas. Una de cada seis personas que padecen trastornos por consumo de drogas recibió tratamiento por esos trastornos en 2016, lo cual es una proporción relativamente baja que no ha variado en los últimos años.

drogas, poder describir el comportamiento del proceso y trazar un mapa epidemiológico de la misma.

La captación temprana de la población que hace uso de drogas, se realizará a través de la visita domiciliaria en la ronda y en lo posible se promoverá su incorporación al sistema de salud para que reciba asistencia y tratamiento.

Como resultado de la investigación de campo se infiere que la comunidad más afectada, de alto riesgo social, es la población infanto juvenil, además de aportes teóricos de especialistas en el tema, y de investigaciones científicas de organismos nacionales e internacionales.

El presente proyecto de intervención tiene como objeto la detección precoz de casos de consumo de sustancias psicoactivas, en niños y jóvenes de 12 a 19 años de la Comunidad Chorote y la intervención del sistema de salud, logrando disminuir los riesgos de un avance del proceso.

Para lo cual recurrimos a las herramientas de prevención necesarias para evitar su avance, tomando en lo posible el control de dicha patología, basados en el marco teórico expuesto respecto de factores que inciden en el consumo y que se define como una problemática multicausal.

El nivel de intervención está basado en la metodología que APS del ministerio de salud pública aplicada en la provincia de Salta y el país; el equipo de salud está formado por agentes sanitarios, supervisores de ronda, enfermeros, nutricionistas y médicos.

Se considera como estrategia de intervención para el trabajo en terreno, un reforzamiento de la ronda de los agentes sanitarios, con la inclusión al equipo de salud, de los educadores sanitarios.

Esta estrategia sería un positivo aporte a la cobertura establecida por el sistema de salud, en cuanto a optimizar y aprovechar a estos nuevos agentes de salud, los educadores sanitarios en una experiencia piloto a través de un proyecto de intervención del Hospital Juan Domingo Perón¹⁰ cabecera del área operativa XII, en beneficio de la comunidad objetiva.

¹⁰ La efectividad de la atención es otro aspecto que el Plan Federal de Prevención Integral de la Drogadependencia y de Control del Tráfico aborda de manera prioritaria. La efectividad es una dimensión central de la calidad de la atención, y suele definirse como la medida en que las intervenciones en un ámbito de atención producen los resultados esperados. En el caso de la eficacia de la atención al consumo de drogas, las intervenciones a considerar pueden ser preventivas, asistenciales o de integración social. *Plan Federal de Prevención Integral de la Drogadependencia y de Control del Tráfico Ilícito de Drogas 2012 - 2017*

Allí radica la oportunidad como estrategia de intervención de los educadores sanitarios, con acciones preventivas de salud: como un reforzamiento de la acción de APS – acompañando al agente sanitario a quien muchas veces se le dificulta la tarea en la visita domiciliaria, atendiendo a cada uno de sus miembros dada las características de familias numerosas de la población en estudio.

7.3. INTRODUCCION

La comunidad chorote se encuentra en la zona urbana de la ciudad de Tartagal, es un grupo minoritario, que se encuentra a la vera de la ruta 34.

7.3.1. Características demográficas

Las familias chorotes presentan movimientos migratorios permanentemente, migran en busca de trabajo y algunos no regresan a su comunidad. Por otro lado existe un factor proteccionista y paternalista de los padres de familia, que lleva a los miembros de la comunidad a fortalecer la idiosincrasia de los mismos. Dichas familias se constituyen en clanes, como sabemos, estas comunidades albergan en el mismo terreno o predio a los hijos jóvenes que forman su propia familia y que construyen una precaria vivienda por lo general de madera y se van agregando. Este hacinamiento genera un impacto en la salud integral de las familias, que no es tenido en cuenta por las mismas.

7.3.2. Características educacionales

Las características del niño que ingresa a la escuela presentan por lo general una problemática aguda de desnutrición infantil, niños abandonados, con retraso madurativo como consecuencia de pertenecer a familias NBI, disgregadas por la necesidad de trabajo, son abandonados por el padre y separado de sus hermanos, los que vuelven luego de un tiempo corto o largo, esto afecta su desarrollo físico, psíquico y socio afectivo en distintos niveles, por lo cual su rendimiento escolar es muy bajo.

7.3.3. Características socioculturales

Entre las características que presentan, ha habido un gradual borramiento de sus costumbres ancestrales (solo los ancianos), como el manejo de hierbas medicinales que la mantienen, mientras que los adultos han ido incorporando nuevas tecnologías, como el manejo de tarjeta, para cobro de planes, celulares, tv, motos, bicicletas, etc.

El cuanto a la lengua chorote los padres la trasmiten a sus hijos, pero los niños una vez que ingresan al sistema escolar y aprenden el castellano, al llegar a la juventud no desean hablar su lengua. No obstante la escuela tiene un maestro bilingüe que acompaña el proceso enseñanza-aprendizaje, fortaleciendo y respetando su identidad.

7.3.4. Características socioeconómicas

Son familias disgregadas, con padres ausentes que por razones de trabajo dejan el hogar en busca de trabajo, en la cosecha de poroto, de citrus, en la tala de árboles, hacen ladrillos, carbón y muchas veces llevan a sus hijos de entre 8 a 15 años también a trabajar, a veces vuelven al hogar y otras no. Muchos hombres solos no vuelven a su hogar, algo recurrente en los últimos tiempos.

Son beneficiarios de planes sociales como AUH y AUE. Además la organización de cooperativas de trabajo, les permite acceder a tareas como: realización de cordón cuneta, limpieza y desmalezamiento, etc

7.3.5. Características geográficas y de transporte

Con respecto a la accesibilidad geográfica tiene acceso a la mayoría de las instituciones, ya que se encuentra en una zona urbana, a 300 mts. del hospital cabecera.

En cuanto a la accesibilidad económica, los pacientes que consultan no cuentan con dinero para la compra de medicamentos, por tanto el hospital, se los provee a través de la farmacia y en la ronda periódica de APS, para los que iniciaron algún tratamiento.

7.3.6. Características ambiente

Dicha comunidad ha sido beneficiaria de programa de desarrollo y hábitat, por tanto se ha realizado un trazado urbano con pavimentación de varias cuadras de la comunidad. Existen viviendas de madera y material. Poseen agua, luz, alumbrado y servicio de recolección de residuos, sin embargo se observa falta de higiene en el manejo del residuo domiciliario. También cuenta con tendido de red cloacal, no así con la red domiciliaria de cloacas, ya que esta prevista instalarla en una siguiente fase del proyecto.



Espacio de recreación en la comunidad chorote, en segundo plano se observa el fondo de la escuela primaria Mariano Echazu

7.3.7. Características sociopolíticas

La compleja organización social de esta comunidad ha tenido que relegar la representación de los antiguos caciques por presidente del barrio, lugar que ocupan los adultos jóvenes, para la lucha por los derechos y que se encuentra informados y empoderados en sus derechos. La organización comunitaria tiene un representante, en cuya casa se reúnen en asambleas para discutir los intereses de la comunidad. Como ser la organización de cooperativas para conseguir trabajo, el tema de un comedor comunitario, los reclamos al ejecutivo municipal por la distribución equitativa de trabajo, para 135 comunidades entre la zona urbana y rural y que es lo más preocupante para las mismas.

Estas cooperativas, en medio de los reclamos, se organizan en redes solidarias para dar de comer diariamente a niños, mujeres y ancianos, consiguiendo donación de algunas instituciones y de la misma comunidad de Tartagal.



Algunas de las entrevistas en la comunidad

7.4. PRESENTACIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA ABORDADA

De acuerdo a los resultados obtenidos en la investigación de campo, los encuestados han manifestado en general, que el mayor problema de salud, es ***el consumo de drogas en niños y jóvenes***, cuyas implicancias en la comunidad son de creciente preocupación para los adultos, tratándose de personas muy vulnerables por sus características, les resulta difícil poder enfrentar el problema.

Ante la complejidad de la problemática del consumo que es de origen multicausal, resulta difícil para la familia y comunidad abordar el problema, con una organización fragmentada y deficiente en permanente discordia y disputa por el liderazgo de la misma.

El grupo etario juvenil según datos obtenidos, es el más afectado cuya morbilidad va en aumento y cuya expectativa de vida se reduce, como consecuencia de las actividades de consumo, ya que está ligada directamente a conductas delictivas que exponen a los jóvenes a la enfermedad crónica y/o la muerte.

Para las familias afectadas la conducta de sus hijos se naturaliza en un proceso que les resulta difícil controlar y manejar como resultado de una dinámica familiar generalizada: borramiento de las figura paterna, violencia familiar, alcoholismo abuso, abandono o muerte de los padres u otro miembro de la familia etc., se acentúa aún más el problema.

Por tanto este vacío que no puede satisfacerse se traduce en desórdenes de la conducta (rebeldía) que lleva a los niños y jóvenes a buscar otras salidas o sustitutos para aplacar la frustración, conduciéndolos al uso de drogas, pandillismo, embarazo precoz, refugio con los pares, fuga del hogar y delincuencia juvenil, entre otros múltiples factores.

Nuestro objeto de estudio está centrado en la captación temprana de casos de consumo en niños y jóvenes, de la comunidad chorote, a fin de que reciban asistencia médica, procurando así reducir complicaciones en la salud individual, familiar y colectiva de la población en riesgo. Además de reducir la incidencia de casos.

8- MARCO TEORICO

8.1 Los adolescentes como grupo de riesgo

La adolescencia es un proceso que comienza por una serie de cambios físicos que, a su vez provoca cambios psicológicos importantes, los cuales pueden traer consigo cierta inestabilidad emocional.

En esta etapa, se consolidan los rasgos característicos que preparan al individuo para la vida adulta, como son: lograr confianza individual, consolidar la identidad y alcanzar la autonomía emocional y social.

Los adolescentes necesitan reafirmarse continuamente en diferentes escenarios: La escuela, la familia, las amistades y la sociedad. Para tal efecto, adoptan diversos modelos de personalidades (familiares, amistades, artistas, etc.). En este sentido, la contención familiar, social e institucional juega un papel crítico en el aprendizaje de actitudes favorables o desfavorables respecto al consumo de sustancias

Es un grupo vulnerable, porque como dice Efron:“(...) *está cambiando su caparazón, y porque la sociedad ofrece muy pocas rocas para protegerlo. (...) Porque queda a la intemperie y las heridas que se le producen afectan todo el andamiaje sobre el que se fue construyendo su estructura.*”

Detección de signos y síntomas en la visita domiciliaria, los niños y jóvenes presentan:

- Marcada delgadez
- Descuido en el aseo personal
- Desorden en vigilia y sueño
- Autolesiones
- Conducta violenta
- Actitud evasiva en la comunicación
- Conducta irresponsable
- Abandono escolar
- Baja autoestima
- Permanente desobediencia a los padres
- Indiferencia a los sentimientos ajenos
- Negación del problema

8.2 Prevención de las adicciones

El término prevenir deriva de la palabra latina *praevenire* que significa evitar la presencia de un daño y se utiliza para referirse a las medidas que se deben tomar para evitar que se presenten enfermedades o problemas.

La prevención del consumo de drogas, es un proceso educativo integral dirigido al logro del desarrollo personal, buscando modificar el ambiente social para enfrentar eficazmente el consumo. La misma, puede realizarse en distintos niveles de acuerdo al grado de compromiso respecto al consumo.

El propósito de toda acción preventiva, es brindar herramientas actitudinales para enfrentar la presión social, sensibilizar acerca de los riesgos del consumo y acrecentar la responsabilidad respecto al problema.

Al momento de hacer prevención es fundamental que se involucre el estado, la comunidad, la escuela y especialmente la familia, ya que es un problema multifactorial.

La familia es la base de la sociedad y la principal fuente de influencia sobre las personas. Es sin duda, un modelo a seguir al momento de decidir o no el uso de drogas. Por eso, resulta importante hacer conciencia a través de ella para el logro de una prevención efectiva a temprana edad.

En este punto es pertinente la siguiente cita tomada del Informe Mundial sobre las Drogas 2018, de la UNODC Oficina de la Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito, referidas al tema:

“La prevención del consumo de drogas y de sus consecuencias adversas para los jóvenes exige una cultura comprensiva, anclada firmemente en investigaciones científicas.

No todos los jóvenes son igualmente vulnerables al consumo de sustancias, y una vez que han comenzado a consumirlas, no todos son igualmente vulnerables a padecer trastornos por consumo de drogas. En muchos casos, los factores de riesgo asociados a los trastornos por consumo de drogas escapan al control de los jóvenes y pueden prevenirse.

La prevención de la iniciación en el consumo de sustancias y de la aparición de trastornos por consumo de sustancias solo puede tener éxito si los factores de protección se refuerzan y los de riesgo se atenúan o se prevén”.¹¹

¹¹ Resumen, conclusiones y consecuencias, en materia de políticas. Informe mundial sobre las drogas 2018. UNODC OFICINA DE LA NACIONES UNIDAS CONTRA LAS DROGAS Y EL DELITO. Pág. 20

8.3 Niveles de prevención

Los médicos Leavell y Clark, plantean la teoría sobre “Historia Natural de la Enfermedad”, entendiendo a la salud/enfermedad como un proceso en donde se pueden establecer tres niveles de prevención.

I. Prevención primaria

Esta etapa de prevención, se encuentra dentro de lo que denominamos *Periodo Prepatogénico* y consta de dos niveles. Aquí, el individuo puede estar o no en contacto con las drogas, sin hacer uso de ellas. Su propósito es disminuir la incidencia del fenómeno, a través de la detección temprana y neutralización de las condiciones que implican riesgo de inicio del consumo de sustancias.

Primer Nivel, Promoción de la salud: Educación preventiva sobre el consumo de drogas en escuelas, centros vecinales y clubes, trabajadores de la salud, medios de comunicación social, etc. Prevención inespecífica.

Segundo nivel, Protección específica: Educación para la salud referente al uso indebido de determinadas drogas.

II. Prevención secundaria

Esta etapa de prevención, se encuentra dentro de lo que denominamos *Período patogénico* y consta de dos niveles. Aquí, el individuo hace uso, abuso o depende de una o varias sustancias psicoactivas. Su propósito es reducir la incidencia mediante el diagnóstico precoz y el tratamiento de abordaje científico, a cargo de los organismos correspondientes.

Tercer nivel, Diagnóstico temprano y tratamiento oportuno: Búsqueda de síntomas por parte de los padres (como cambio de carácter, cambio de personalidad, desinterés, cambios en hábitos alimenticios, cambio de amistades) que aseveren que el individuo consume. Búsqueda de enfermedades crónicas derivadas del consumo, como por ejemplo, desnutrición, HIV, Hepatitis B etc.

Cuarto nivel, Limitación de la incapacidad, lesión o daño: mediante un tratamiento médico y/o psicológico del problema.

III. Prevención terciaria

Esta etapa de prevención, se encuentra dentro de lo que denominamos *Periodo patogénico* y consta solo de un nivel. Aquí, el individuo hace uso, abuso o depende de una o varias sustancias psicoactivas. Su propósito es reducir la

incidencia de la secuelas, fortaleciendo la rehabilitación y reinserción social de los usuarios de sustancias psicoactivas.

Quinto nivel, Rehabilitación: Restricción del problema limitando las secuelas presentadas, mediante un tratamiento de rehabilitación donde se busque la reeducación social o re-socialización del adicto para luego reinsertarlo.

PAPEL DE LA EDUCACION PARA LA SALUD

La educación para la salud

ESTRUCTURA DE RACIONALIDAD EN EDUCACION PARA LA SALUD	
	Educación para la Salud Tecnológica
PARADIGMA	Positivista, hipotético deductivo o tecnológico
OBJETO DE CONOCIMIENTO	Objetivo
FIN	Leyes universales
METODOLOGIA	Cuantitativas
TEORIA DEL APRENDIZAJE	Transmisión del conocimiento, conductista o cognitivista
PAPEL DEL SUJETO	Receptor del conocimiento
PAPEL DE LA COMUNIDAD	Cliente
PAPEL DE LA EDUCACION PARA LA SALUD	Autoridad

Definición

“La educación para la salud representa una acción ejercida sobre los individuos para llevarles a modificar sus comportamientos, en general pretende hacerles adquirir y conservar hábitos de vida sana, enseñarles a utilizar adecuadamente los servicios sanitarios de los que disponen y conducirlos a tomar por sí mismos, individual y colectivamente, las decisiones que implican la mejora de su estado de salud y de la salubridad del medio en el que viven”. (OMS, 1969)

9 OBJETIVOS

Objetivos Generales

- Identificar casos que se inician en el consumo de drogas en niños y jóvenes a fin de que inicien un tratamiento y describir los mismos.
- Trazar un mapa epidemiológico de consumo de drogas en niños y jóvenes de la comunidad chorote.
- Descongestionar la guardia y reducir costos de la asistencia hospitalaria, describir el impacto.

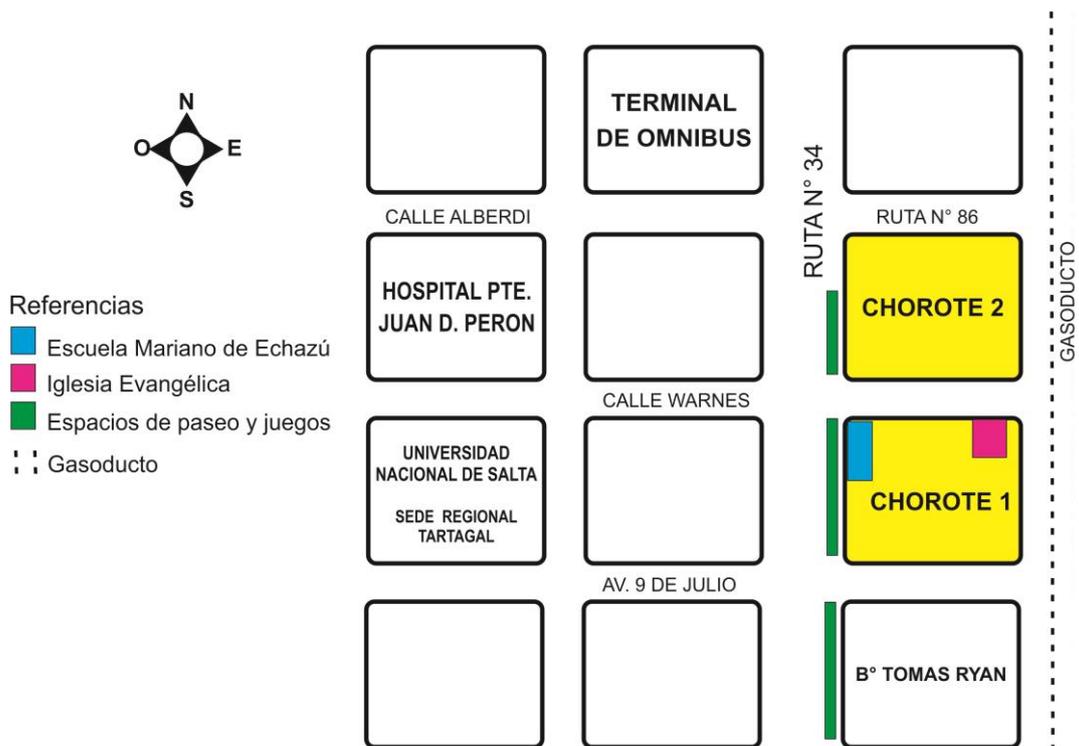
Objetivos Específicos

- Detectar indicadores de consumo en la población infanto-juvenil
- Captar y sugerir la consulta precoz en hospital cabecera
- Observación y monitoreo de casos de consumo en la población infanto-juvenil.

10 METODOLOGIA

10.1 Delimitación del área de investigación

La ubicación geográfica en la ciudad de Tartagal de la población en estudio: comunidad chorote 1 y 2. Se encuentra a la vera de la ruta N° 34. Es una zona urbana que tiene acceso a la mayoría de los servicios públicos. Limita a norte con Ruta Provincial N° 86, al sur con calle Warnes, al oeste con Ruta Nacional N° 34 y al este con el gasoducto y el B° Roberto Romero.



Cuadro: Esquema de Ubicación. Diseño L.I. Cantoya

10.2 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

Fichas de ronda específica para la patología del consumo de drogas, cuyo registro estará a cargo de educadores sanitarios:

(Se toman los registros a partir de los 12 a los 19 años)

- Procedimiento 1: Saludo y presentación
- Procedimiento 2: Registro de datos

Hospital Juan D. Perón – Área Operativa XII Ronda: N°..... Fecha:					DATOS SOCIODEMOGRAFICOS Apellido y nombre:.....				
Género	Edad	Padre	Madre	Hermanos	Otros familiares	Estudio	Trabaja	Estado civil	Hijos

Hospital Juan D. Perón – Área Operativa XII Ronda: N°..... Fecha:					DATOS DE OBSERVACION Apellido y nombre:.....				
Delgadez marcada	Falta aseo	Con sueño	Ojos irritados	Pupilas dilatadas	Actitud pasiva	Actitud violenta	Lenguaje excitado	Actitud silente	Otros
Peso									
Talla									

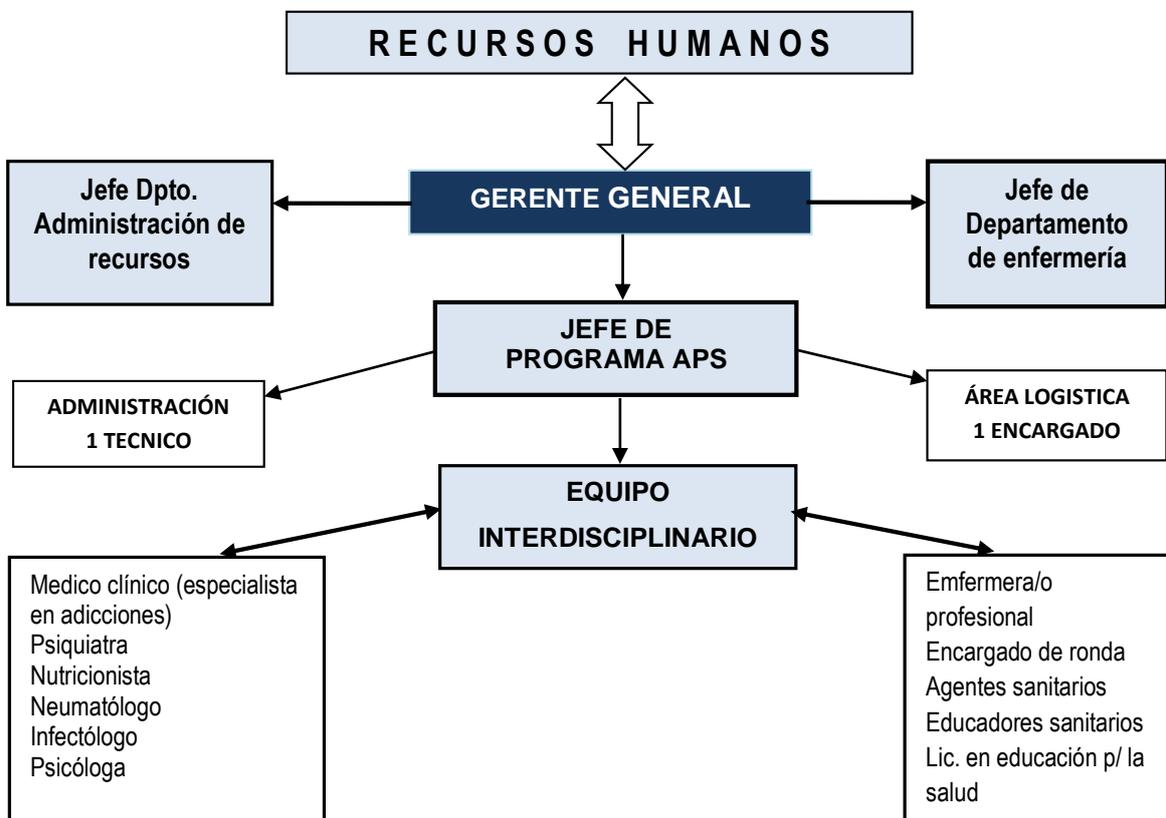
- Procedimiento 3: una vez realizado el registro, se sugiere a la madre o al padre realizar la consulta médica en el hospital.
- Observaciones: las actividades de rutina de los agentes de salud, se desarrollan simultáneamente. Para cada caso registrado

11 RECURSOS HUMANOS

Los recursos humanos específicos es el personal que comprende APS, los agentes sanitarios, educadores sanitarios, supervisores de APS, nutricionistas, médicos, etc.

Los recursos humanos básicos sería el equipo interdisciplinario del hospital cabecera Area Operativa XII, con la novedosa incorporación de los educadores sanitarios y licenciados en educación para la salud, quienes podrán desarrollar algunas de sus incumbencias específicas para el logro de los objetivos propuestos.

Un organigrama tentativo sería el que a continuación se detalla:



Cuadro RR HH: . Diseño L.I. Cantoya

12 RECURSOS MATERIALES

Los recursos materiales, se disponen de acuerdo a la provisión del área APS o contando con el aporte personal, del agente de salud, para el trabajo en terreno. Cuadernos de campo, planillas estándar del protocolo de APS, etc.

13 CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOST	SETIEM	OCTUB	NOVIEM	DICIEM
Estudio teoría	X								
Elaboración diagnóstico	X	X							
Presentación diagnóstico			X						
Ejecución diagnóstico			X						
Presentación informe				X	X				
Estudio teoría e informe				X	X				
Elaboración del proyecto				X	X				
Presentación del proyecto				X	X				
Ejecución del proyecto					X	X			
Aplicación de instrumentos						X	X		
Sistematización							X		
Elaboración de análisis y conclusiones							X		
Presentación final								X	X

14 IMPLEMETACION DE LA INTERVENCION

El presente plan de acción, persigue acompañar un tratamiento terapéutico en sus distintas modalidades, mediante la implementación de un brazo operativo incluido en programa de APS, en la visita domiciliaria periódica del mismo.

Se trata de un conjunto de acciones sistemáticas ejecutadas a través de intervenciones domiciliarias, aplicadas durante todo el tratamiento y cuyo objetivo es, a fin de realizar la captación temprana de casos de casos de

consumo de drogas en la población infanto-juvenil (12 a 19 años) cuya estrategia persigue la intervención temprana para su asistencia y tratamiento, en el hospital zonal y describir lo observado.

La ejecución de las intervenciones socioeducativas, realizadas en base a los lineamientos generales y específicos del programa APS, cobrarían relevancia en la medida en que se observe la recuperación del paciente.

14.1 Sitematizacion de la intervención

El trabajo, se desarrollaría en un contexto domiciliario, cuando el niño y/o joven se encuentra en el domicilio;

El proceso de la Intervención fue dividido y ordenado lógicamente en tres fases diferentes, las que se explicarán en los siguientes apartados

14.1.1 Fase diagnóstica

Es pertinente realizar en esta fase un diagnóstico de situación focalizado en la detección de personas con problemas de consumo, en la vivienda, por medio de la recolección de datos y observación directa, para así, determinar las circunstancias intrafamiliares y los recursos y herramientas con que cuenta la familia.

14.1.2 Fase de ambientación

Se planificarán intervenciones en el domicilio del paciente, estructuradas por el educador sanitario y supervisado por el jefe de ronda, y de acuerdo a las actividades normales en el hogar.

Es imprescindible, en esta fase, establecer una comunicación basada en la confianza mutua entre el educador sanitario y la familia. Se persigue aquí, que el mismo se integre paulatinamente a la misma, para observar y lograr (aplicando la técnica de observación y entrevista semiestructurada).

14.1.3 Fase terapéutica

Se espera que en esta fase realizar un monitoreo a través de la ronda periódica, logra que la madre o padres o ambos hayan realizado la consulta y seguido las indicaciones médicas, en el hospital.

14.1.4 Fase de evaluación

Se realizará evaluación constante del proceso, y se continuará con la observación y seguimiento de cada caso y de ser necesario se realizará el

reforzamiento de las acciones esperadas (fase de contemplación), superando la fase de pre-contemplación.

15 EVALUACION

Unidades ejecutores de evaluación. Hospital Juan D. Perón, planillas del Resumen de trabajo F-2 Año 2019, de la Dirección- Programa APS. Subsecretaría de Medicina Social / Ronda N° 156 de APS correspondientes al último trimestre de 2018 y enero 2019 (del 10/12/2018 hasta 08/02/2019) del hospital cabecera Pte. Juan D. Perón - Área Operativa XII.

La evaluación permanente del proceso y la evaluación final nos permitirán a través del proyecto, la sistematización de las prácticas, y la presentación de un informe de resultados e impacto del proyecto en la comunidad beneficiaria.

Desde el aporte de la Pedagogía Social¹², con perspectiva del paradigma tecnológico, se persigue como objetivo lograr la eficiencia y racionalidad en el proceso. Y cuya función describe y prescribe acciones, formalizando soluciones.

Desde el campo de la Educación para la Salud, pone énfasis en la naturaleza eminentemente práctica del fenómeno educativo y en la importancia de centrar el principal objeto de estudio en la acción educativa, persiguiendo su efectividad. Cuyos criterios preestablecidos, determinan una acción educativa descendente, individual, conductual, técnica y optimizadora. Poniendo énfasis en la ingeniería cultural. Aportando un conocimiento positivo, instrumental orientado al predominio de la ciencia.

16 CONCLUSION

Es importante destacar el impacto en la familia, comunidad y los servicios de salud y los otros servicios públicos que conforman la red de asistencia, que tendría el proyecto, serían:

- En Primer lugar, asistir al paciente de pueblos originarios, priorizando la salud de la primera infancia y adolescencia y poder describir la realidad social, objetiva como un fenómeno social externo y único.

¹² Aportes de cátedra de Pedagogía Social –Carrera Educador Sanitario -UNSa. Sede Regional Tartagal. Salta

- En segundo lugar el impacto en la comunidad, permitiría a los agentes de salud realizar el monitoreo y poder hacer seguimiento del mismo. El paciente y la familia estarían contenidos y se visibilizaría a corto y mediano plazo una mejorada salud colectiva, poniendo énfasis en la acción educativa y persiguiendo su efectividad (Pedagogía Social).
- En tercer lugar lograría una descongestión de los centros de salud o guardia de los hospitales saturados por la creciente demanda de atención y por el déficit de recursos, privilegiando los derechos del paciente y previendo poder extrapolar el mismo en otros sectores en general.
- En cuarto lugar, la reducción del costo que implicaría, si concurre al consultorio en la atención ambulatoria y no en la de guardia donde los costos son mayores.

De acuerdo a lo expuesto el paradigma médico debe ser superador, va más allá de lo que la teoría expresa:

“Paradigma Médico: la considera como enfermedad producida por la ingesta de sustancias tóxicas que provocan dependencia psíquica o física. El toxicómano es, por tanto, un sujeto pasivo de este problema. La rehabilitación se plantea en términos clínicos y médicos (desintoxicación, mantenimiento con metadona, tratamiento con antagonistas, etcétera) no se plantea la reinserción”.

El abordaje actual de la salud pública, propone la intervención de un equipo interdisciplinario de médicos especialistas en adicciones, psiquiatra, neumatólogos, infectólogos, psicólogos, etc. Por lo tanto actualmente confluyen el paradigma médico y psicosocial en acciones conjuntas.

A partir de la obtención y análisis de los resultados esperados, significaría un aporte al hospital como experiencia piloto de intervención objetiva en casos de consumo infante juvenil (12 a 19 años) a partir de allí considerar la implementación del mismo a futuro.

El sistema de salud a través de su programa de APS, logra tener un cierto control de las población de diferentes sectores, para beneficio de la misma, por tanto, el reforzamiento de la ronda con el personal profesional educadores sanitarios y licenciado en educación para la salud, se adecuarían a la metodología de APS, respetando los lineamientos de dicho programa, para la implementación del

proyectos alternativos en territorio con la posibilidad de poder extrapolar los mismos en otras comunidades, como aporte al campo de la salud comunitaria.

En conclusión, el sistema se moviliza y se complejiza a través de una red sociosanitaria, para la atención del paciente, que incluye la articulación de diversas áreas: hospital público, programa de salud mental y adicciones, asesoría de incapaces, poder judicial, policía, hogar de niños y jóvenes y comunidad, lo que implica disponer de recursos y costos, que son históricamente acotados, por lo que el presente proyecto, además apunta a reducir considerablemente los costos mencionados.

17 BIBLIOGRAFIA

- Agüero, M. E., Contreras, T., & Aramayo, A. V. (2016). *Seminario de Integración Metodológica. Licenciatura en Educación para la Salud. Material de trabajo. Módulos I y II*. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales de la Unju. Jujuy
- Arquati, G. (s.f.). *Curso de actualización, operador socio terapéuticos en el campo de las drogodependencias*. Salta Argentina
- Arquati, G. (2009). Enfoque psicológico. *Primer curso de capacitación en prevención del uso indebido de drogas*. (Modulo 4). Tartagal Salta.
- Arrosi, J., Anduela, E., Serda P., Ancina, J. & Mamondez, C.(1983). *Educación para la salud, Aspectos básicos conceptuales*. Buenos Aires. UBA.
- Bertora, D., Blanco García, M. & Ortiz, N. (s.f.) *Curso sobre prevención de adicciones*. Tomo I. Universidad Católica de salta. Escuela superior de gendarmería. Ministerio de educación y justicia. Fundación centinela.
- Cantoya, L. & Schiantarelli, J. (2007). Cátedra de problemática sanitaria I. *Proyecto de trabajo de campo de Santa Victoria Este (dpto. Rivadavia)*. Prof. Dr. Carlos Morales Peña y Jefe T.P. Dr. Walter Ovejero. UNSa Sede Regional Facultad Cs. de la Salud.Tartagal Salta.
- Cantoya, L. & Schiantarelli, J. (2009). Cátedra de organización y desarrollo *Sistematización de las prácticas*. UNSa S.R.T. Facultad Cs. de la Salud. Tartagal Salta.
- Fermoso, P. (1994) *La Pedagogía-Educación Social como tecnología social*. Cátedra de Psicología Social - Carrera Educador Sanitario 2010. UNSa S.R.T. Facultad Cs. de la Salud. Salta
- Goti, E. (2000) *La comunidad terapéutica. Un desafío a la droga*. Buenos Aires. Argentina. 1° edición nueva visión.
- Mayer, Hugo. (1997) *Adicciones: un mal de la post modernidad*. Primer capítulo. Buenos Aires. Argentina. ed. Artes gráficas del sur.
- Moguillansqui, R. & Seiguer, G. (s.f.). *La vida emocional de la familia*. Carrera de postgrado. Especialización en drogadependencia (Modulo 4). Paidós.
- Montero, M. (2003). *Teoría y práctica de la psicología comunitaria*. Buenos aires. Paidós.
- Oakley, P. (1990). *Intervención de la comunidad en el desarrollo sanitario*. Examen de los aspectos esenciales. Ginebra. OMS.

Ortiz, R. (1997). *Cultura Contemporánea*. Cap. III Cultura y modernidad-mundo. Untref Virtual.

Pestarino, C. (1997). *Drogas. Tema para padres y educadores*. Buenos Aires Argentina.

Proyecto de Ordenanza Pacto Social contra las Drogas. Concejo Deliberante de la Ciudad de Tartagal Salta.

Quiroga, J., Gil, E., Butierrez, N., Ferrer Pilas, H., Palomo, C., Doljanin, L., Ligoule, H. & Cardozo, S. (2009). *Plan provincial de salud mental quinquenio 2010-2015*. Salta Argentina. (Ministerio de Salud Pública).

Saforcada, E. (2001). *El factor humano en la salud pública. Una mirada psicológica dirigida hacia la salud colectiva*. Buenos aires. Proa XXI.

Salinas, S. & Salinas, L. (s.f.). *Fichas de cátedra de educación para la salud*. UNSa SRT- Facultad Cs. de la Salud. Tartagal, Salta

Senado y Cámara de Diputados de la Provincia -Ley 7121-Expte. N° 91-10.118/2000. Sancionada el 14/12/00. Promulgada el 29/12/00. Publicada en el Boletín Oficial N° 16.061, del 09 de enero de 2001.

Fuentes de internet

Adicción. (s.f.). Recuperado el 1 de abril de 2013 del sitio web drogaconsulta.com:
http://www.drogaconsulta.com.ar/intro_causas.htm

Corea, A. Duron, I. & Armijo, K. (2011). *Actitud de los adolescentes hacia el consumo de drogas*. Recuperado el 2 de abril de 2013 del sitio web Monografías.com:
<http://www.monografias.com/trabajos89/actitud-adolescentes-consumo-drogas/actitud-adolescentes-consumo-drogas.shtml>

Los adolescentes: ¿Un grupo de riesgo? (2011). Recuperado el 7 de abril de 2013 del sitio web Fernández editores:
<http://tareasya.com.mx/index.php/padres/tu-familia/adicciones/5433-los-adolescentes-iun-grupo-de-riesgo.html>

Ministerio de Salud de la Nación. Ley nacional de salud mental N° 26.657. *Dirección nacional de salud mental y adicciones*. Recuperado el 1 de abril de 2013 del sitio web msal.gov.ar
<http://www.msal.gov.ar/saludmental/index.php/informacion-para-la-comunidad/ley-nacional-de-salud-mental-no-26657>

Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Ley provincial de salud mental N° 7.745. *Prevención de adicciones y asistencia, tratamiento, rehabilitación y*

reinserción social. Presidencia de la Nación. Recuperado el 1 de abril de 2013 del sitio web infojus.gov.ar:

http://www.infojus.gov.ar/legislacion/ley-salta-7745-prevencion_adicciones_asistencia_tratamiento.htm;jsessionid=1farn4x6s1u691f2bv76ow4av8?0&bsrc=ci

Plan federal de salud. (2010-2016). Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Recuperado el 2 de abril de 2013 del sitio web google.com.ar:

<https://www.google.com.ar/#q=Plan+federal+de+salud+2010-2016+>

Weilandt, A. (s.f.). *La drogadicción, su impacto en la sociedad y rol del trabajador social en la drogadicción*. Recuperado el 4 de abril de 2013 del sitio web monografias.com:

<http://www.monografias.com/trabajos13/ladrogcc/ladrogcc.shtml>

18 ANEXO

ARBOL DE PROBLEMAS

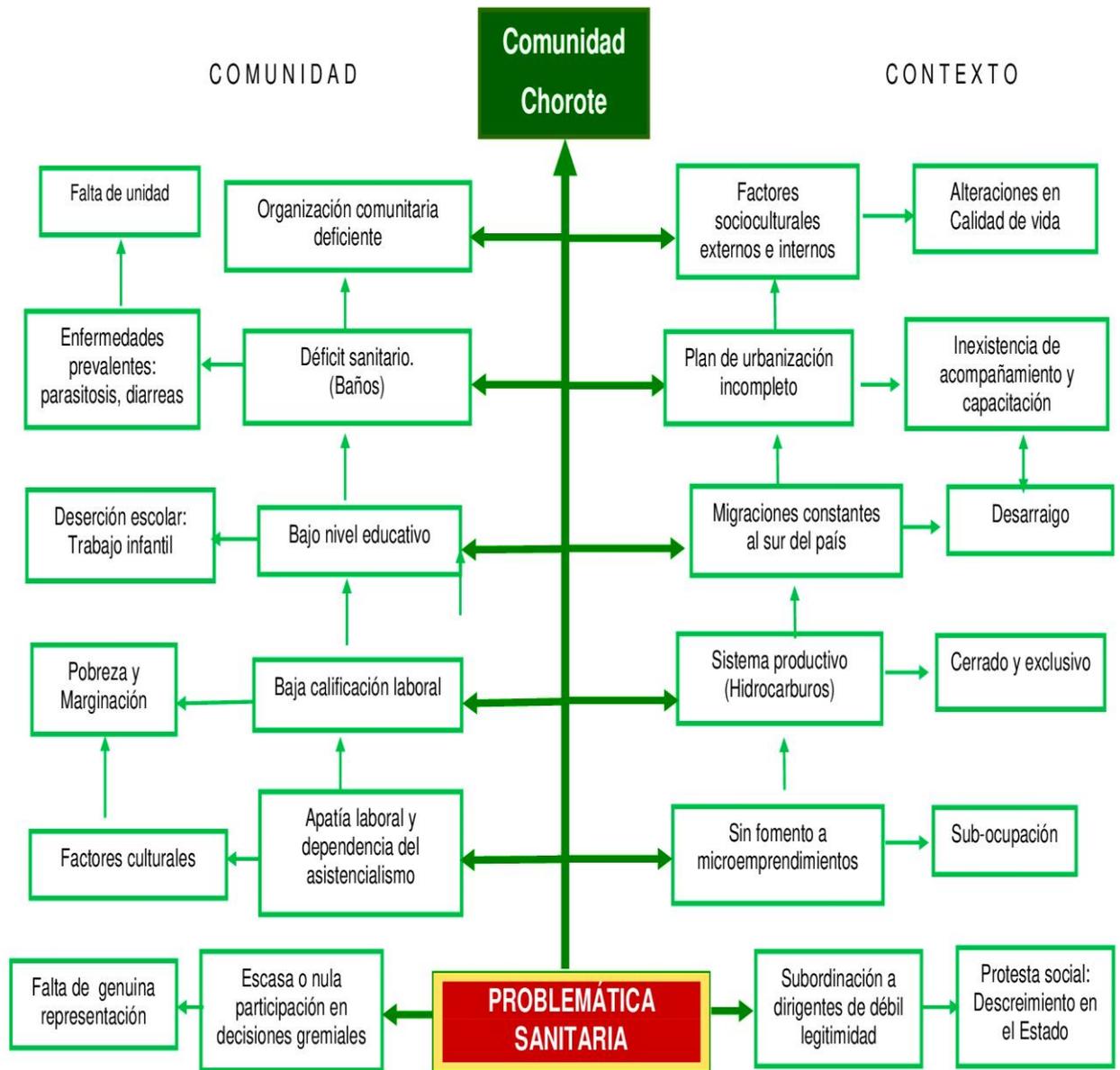


Grafico: Diseño L.I. Cantoya 2018

Entrevista a referente comunitario. Héctor Sarmiento

Las comunidades aborígenes

La población indígena de la provincia de Salta tiene como característica relevante su composición étnica; en toda la provincia se identifican nueve (9) grupos étnicos pertenecientes a cinco (5) grandes complejos culturales.

Complejo Cultural	Grupo o Familia Lingüística	Etnia
Guaycurú	Guaycurú	Toba, Pilagá, Mocoví
Chaquenses Típicos	Wichí, Mataco, Mataguayo	Wichí, Chorote, Chulupí
Amazónicos	Tupi/Guaraní, Aba/Guaraní, Mbaya/Guaraní	Guaraní, Tapieté
	----- Arawac	----- Chané
Diaguitas Calchaquí	Cacanes, Quilmes, Tolombón, Animanao, Pulare, Amaicha, Guachipas	Diaguíta Calchaquí
Andino	Omaguacas, Quechua, Apatamas, Ocloyas, Atacamas	Kolla

Fuente: Lic. Lidia Funes Antropóloga – Tartagal Salta

Fuente: <http://www.portaldesalta.gov.ar/tartagal.htm>

FUNDAMENTOS:

El Informe del PNUD (*Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo Humano*) para Argentina año 2001-2002 muestra a la provincia de Salta como uno de los distritos argentinos donde la brecha entre población NBI urbana y rural es la mayor del país: Salta Capital con un 18% y el área rural con un 67%. Esta medición es errónea en relación a lo rural, debido a que se incluye en la misma a las comunidades aborígenes, para las cuales los indicadores utilizados distorsionan la realidad, pues carecen de validez para determinar la realidad de grupos humanos como aborígenes y campesinos chaqueños al no contemplar formas de vida y cultura, con lo cual la información que recogen es equívoca. El concepto o noción de calidad de vida para el mundo indígena debería medirse con otros indicadores que no sean éstos, ideados para el medio urbano, si se busca realmente que reflejen una realidad objetiva.

Salta posee uno de los mejores marcos jurídicos del país en materia indígena: la Ley provincial 7121/00, la existencia del IPPIS conducido por los propios actores involucrados y con fondos propios (2% de las regalías petrolíferas). Sin embargo, existen varios factores para que estas condiciones dadas y que deberían haber facilitado el desarrollo sustentable en las Comunidades indígenas, no se haya producido.

A pesar de ello existe el hambre, las enfermedades y las innúmeras carencias que aquejan especialmente a la mayor parte de las 158 Comunidades indígenas debido a que no cuentan con los recursos naturales necesarios para su subsistencia teniendo en cuenta su cultura recolectora cazadora de la mayoría o medicina tradicional. Estos factores agravan la situación en los Departamentos San Martín, Rivadavia en mayor medida y en Orán en menor medida.

Por ello y en atención a la emergencia mencionada, resulta necesario que el Gobierno de la provincia intervenga una vez más en este tema. Y esta intervención deberá estar orientada a la puesta en marcha de acciones concretas para producir cambios de conductas y dirigidas a crear condiciones favorables para la producción de alimentos para el consumo familiar, acompañada de una fuerte campaña de capacitación nutricional y de educación para la salud dirigida a las madres indígenas. Un Plan de Desarrollo Sustentable como política de Estado, donde estas acciones se constituirán en un operativo de emergencia nutricional, a fin de garantizar operatividad a futuras medidas o Programas a implementarse.

En una provincia ordenada y de gestión gubernamental exitosa, no es entendible la ausencia de políticas de estado tendientes a resolver la problemática indígena que tiene que ver con situaciones de atraso y pobreza estructural.

Si el organismo responsable de la ejecución de las políticas indígenas no cumple con su cometido, deberá ser el Poder Ejecutivo mismo quien lo haga. Sabemos que esto puede generar una discusión acerca del derecho de autogestión de los pueblos indígenas. Pero también no es menos cierto que ello se transforma en una discusión teórica, ya que con la vigencia de la Ley 7121 y el funcionamiento del IPPIS estas demandas se ven plenamente satisfechas. Sin embargo la realidad de hoy nos muestra que los resultados de la autogestión actual siguen siendo el hambre, el atraso y la falta de oportunidades de desarrollo de toda la población indígena.

Partiendo de los datos que nos muestra la realidad, la situación amerita lo suficiente como para que el Poder Ejecutivo intervenga en la situación para otorgar a ese importante segmento poblacional las oportunidades que necesitan de constituirse en protagonistas de su desarrollo, en un marco de respeto por su cultura e identidad propios.

Creemos que uno de los pilares en donde se asienta una exitosa gestión de gobierno es en el crecimiento de los factores económicos de la provincia. Sin embargo, si no se ejecutan medidas concretas para achicar los márgenes de desigualdad y oportunidades de desarrollo humano en toda la población, la gestión de gobierno se verá empañada e internacionalmente atacada, porque las demandas sociales tenderán a crecer y pueden llegar a frenar el crecimiento económico de todo el distrito.

¿Por qué resulta relevante conocer los paradigmas en educación para la salud?

Un paradigma sirve de sustento a una especial interpretación del mundo y forma de actuar en él. Es el marco de referencia que se tiene para comprender un nuevo fenómeno, hecho o circunstancia. Una guía de trabajo bajo la cual se analizan los problemas y se trata de resolverlos; debe concebirse también como una serie de valores, un conjunto de métodos, reglas y generalizaciones utilizadas por aquellos que la comparten, para realizar trabajo científico o de investigación, además de conceptos y términos, de un lenguaje que se modela a través del mismo.

Si se parte de la concepción de Kuhn sobre paradigma, propuesta en 1962 en su obra «La estructura de las revoluciones científicas» se entiende que: «en ciencia, paradigma es un conjunto de realizaciones científicas universalmente reconocidas que, durante cierto tiempo proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica».1 Destacan en ella dos elementos: 1) parte del consenso dentro de una comunidad científica quienes aceptan como válida una teoría dada en un momento histórico determinado, lo que la convierte en el paradigma dominante; 2) refiere a su temporalidad, a su deterioro ante la presencia de una nueva teoría o modelo explicativo superior al existente, su historicidad.

Según Karl Popper, las teorías mueren cuando se descubre una nueva que falsifica a la anterior, ese sería el motor del progreso científico, mientras que para Kuhn es simplemente el «cambio de paradigma» en la explicación de los fenómenos naturales que no tiene por qué falsificar a la anterior, puede ser una alternativa, un nuevo modelo o paradigma. «El surgimiento de nuevas teorías es precedido generalmente por un periodo de inseguridad profesional profunda. Como podría esperarse, esta inseguridad es generada por el fracaso persistente de los enigmas de la ciencia normal para dar los resultados esperados. La poca utilidad de las reglas existentes sirve de preludio a la búsqueda de otras nuevas».2

Puede también darse la coexistencia de paradigmas contrarios y hasta contrapuestos que parten de un diferente punto de vista, con distintas conceptualizaciones de la ciencia que tratan, ligadas a un particular lenguaje científico, interpretación ontológica de los datos analizados o de los problemas a resolver; Kuhn muestra que la ciencia no es un campo neutral entre las teorías y la realidad, sino diálogo, debate, tensiones y luchas entre los defensores de los

distintos modelos. Los científicos no son totalmente racionales, ni neutrales, cuando los experimentos parecen mostrar que una posición teórica determinada es falsa, parcial o incompleta, algunos continúan usándola; debido a intereses que influyen en la actividad investigativa, la existencia de grupos sociales a favor o en contra o la presencia de problemas éticos.

No resulta fácil alejarse de todos los modelos para compararlos de forma objetiva, ya que siempre estamos inmersos en alguno de ellos y conforme al mismo interpretamos el mundo que nos rodea. Sin embargo, en el ámbito académico de la Educación para la Salud se requiere realizar este ejercicio, ya que resulta indispensable identificar los distintos paradigmas existentes y sus características, para adoptar el que vaya de acuerdo con nuestra forma de pensar, y que nuestro actuar como educadores sea congruente con ello.

Ibn Sina - Revista electrónica semestral especializada en el Área de la Salud
<http://mcs.reduaz.mx/ibnsina>

Según los contenidos del Plan Federal de Salud (2010- 2016) se afirma que:

“La situación de salud de la Argentina se caracteriza por la presencia de un perfil epidemiológico dual, en el cual coexisten enfermedades transmisibles, no transmisibles y lesiones, a lo que se suman nuevas o emergentes amenazas. Si bien en los últimos años se han observado mejoras en los indicadores de salud, existen grandes diferencias entre provincias, producto de los distintos grados de desarrollo socioeconómico de cada una de ellas.

Las respuestas a estas problemáticas se enmarcan en un sistema de salud caracterizado por la multiplicidad de actores (OSN, OSP, INSSyP, prepagas y sector público descentralizado), desarticulado y fragmentado en el financiamiento y la prestación de servicios de salud.

En este sentido se pueden destacar tres grandes desafíos de salud en la Argentina: mantener y mejorar la salud de aquellas jurisdicciones con perfiles de salud de países desarrollados; revertir y controlar los problemas de salud característicos del subdesarrollo presentes en aquellas provincias con alta prevalencia de pobreza e integrar y coordinar a los distintos subsectores de la salud, tendiendo a un sistema más homogéneo, que contribuya a la prestación de servicios de manera equitativa, eficaz y eficiente.

De acuerdo a este análisis de situación en la agenda sanitaria del nuevo Plan Federal de Salud 2010-2016, se priorizaron los problemas de salud de acuerdo a los siguientes criterios:*

- 1. Magnitud: comprende la frecuencia, extensión, prevalencia o consideraciones semejantes.*
- 2. Trascendencia: es el impacto que genera el problema sobre la sociedad y el individuo.*
- 3. Vulnerabilidad: es la posibilidad de intervención para resolver el problema de salud.*
- 4. Impacto: resulta de evaluar la magnitud en la que afectan los problemas de salud a la expectativa de vida de la población.*

5. Inequidad: consiste en analizar la presencia de desigualdades que son innecesarias, injustas y evitables.

**Comisión Nacional Salud Investiga. Guía de orientación para la elaboración de un proyecto de investigación. Ministerio de Salud de la Nación” Plan Federal de Salud (2010-2016)*

VI — DE LOS PLANES DE SALUD

ARTICULO 18. — La autoridad de aplicación coordinará con los gobiernos de provincia la realización de planes intensivos de salud para las comunidades indígenas, para la prevención y recuperación de la salud física y psíquica de sus miembros, creando unidades sanitarias móviles para la atención de las comunidades dispersas. Se promoverá la formación de personal especializado para el cumplimiento de la acción sanitaria en las zonas de radicación de las comunidades.

ARTICULO 19. — Se declarará prioritario el diagnóstico y tratamiento mediante control periódico, de las enfermedades contagiosas, endémicas y pandémicas en toda el área de asentamiento de las comunidades indígenas. Dentro del plazo de sesenta días de promulgada la presente ley deberá realizarse un catastro sanitario de las diversas comunidades indígenas, arbitrándose los medios para la profilaxis de las enfermedades y la distribución en forma gratuita bajo control médico de los medicamentos necesarios.

ARTICULO 20. — La autoridad de aplicación llevará a cabo planes de saneamiento ambiental, en especial para la provisión de agua potable, eliminación de instalaciones inadecuadas, fumigación y desinfección, campañas de eliminación de roedores e insectos y lo demás que sea necesario para asegurar condiciones higiénicas en los lugares de emplazamiento de las comunidades indígenas promoviéndose, a ese efecto, la educación sanitaria de sus integrantes y el acceso a una vivienda digna.

ARTICULO 21. — En los planes de salud para las comunidades indígenas deberá tenerse especialmente en cuenta:

- a) La atención bucodental;
- b) La realización de exámenes de laboratorio que complementen los exámenes clínicos;
- c) La realización de exámenes cardiovasculares, a fin de prevenir la mortalidad prematura;
- d) El cuidado especial del embarazo y parto y la atención de la madre y el niño;
- e) La creación de centros de educación alimentaria y demás medidas necesarias para asegurar a los indígenas una nutrición equilibrada y suficiente;
- f) El respeto por las pautas establecidas en las directivas de la Organización Mundial de la Salud, respecto de la medicina tradicional indígena integrando a los programas nacionales de salud a las personas que a nivel empírico realizan acciones de salud en áreas indígenas;
- g) La formación de promotores sanitarios aborígenes especializados en higiene preventiva y primeros auxilios.

Las medidas indicadas en este capítulo lo serán sin perjuicio de la aplicación de los planes sanitarios dictados por las autoridades nacionales, provinciales y municipales, con carácter general para todos los habitantes del país.

Fuente: **LEY 23.302**

Comunidades Aborígenes. Ley sobre Política Indígena y apoyo a las Comunidades Aborígenes. Objetivos. Comunidades Indígenas. Instituto Nacional de Asuntos Indígenas. Adjudicación de Tierras. Planes de Educación, Salud y Vivienda.

Sancionada: Setiembre 30 de 1985.

Promulgada de Hecho: Noviembre 8 de 1985.

EL SENADO Y CÁMARA DE DIPUTADOS DE LA NACIÓN ARGENTINA REUNIDOS EN CONGRESO, ETC., SANCIONAN CON FUERZA DE LEY:

LEY SOBRE POLITICA INDIGENA Y APOYO A LAS COMUNIDADES ABORIGENES

CAPÍTULO VI

De la Salud

Art. 29.- El Instituto Provincial de Pueblos Indígenas de Salta en coordinación con los organismos específicos, determinará la obligatoriedad de que todos los profesionales del área sanitaria, médicos, bioquímicos, nutricionistas, enfermeros y otros, que desarrollen sus actividades en zonas de asentamientos indígenas, tomen previo conocimiento de los aspectos socio-culturales de la población bajo su atención.

Art. 30.- Se implementarán las coordinaciones y acciones necesarias para:

- a) Incrementar la infraestructura sanitaria existente creando Centros Sanitarios con atención permanente, para la real cobertura total de la población Indígena.
- b) Facilitar el acceso a jóvenes de cada grupo étnico a carreras relacionadas con la salud, medicina, enfermería, nutrición y otras.
- c) Implementar un sistema de becas de estudio a efectos de dar cumplimiento a lo establecido en el inciso anterior.
- d) Revalorizar culturalmente la “Medicina Empírica” vigente en cada grupo étnico, reconociendo y respetando su aporte en conocimientos, procurando una natural inserción del indígena al sistema sanitario.
- e) Incorporar representaciones indígenas en los Consejos Asesores Sanitarios que indica la Ley N° 6.277, con las facultades y obligaciones que indica la misma.

Fuente: LEY N° 7121

Sancionada el 14/12/00. Promulgada el 29/12/00.

Publicada en el Boletín Oficial N° 16.061, del 09 de enero de 2001.

El Senado y la Cámara de Diputados de la Provincia de Salta, sancionan con fuerza de LEY De Desarrollo de los Pueblos Indígenas de Salta

VULNERABILIDADES DE DETERMINADOS GRUPOS

Muchos países siguen sin proporcionar tratamiento adecuado y servicios de salud para reducir los daños causados por las drogas

Una de cada seis personas que padecen trastornos por consumo de drogas recibió tratamiento por esos trastornos en 2016, lo cual es una proporción relativamente baja que no ha variado en los últimos años.

Las personas que se inyectan drogas sufren algunas de las consecuencias para la salud más adversas del consumo de drogas. Según las conclusiones de un examen global de los servicios destinados a reducir las consecuencias adversas para la salud que sufren las personas que se inyectan drogas, solo 79 países han puesto en funcionamiento programas de distribución de agujas y jeringuillas y servicios de tratamiento de sustitución con opioides. El nivel de cobertura de ambos tipos de intervenciones se clasificó como alto en tan solo cuatro de esos países.

La información sobre la disponibilidad de programas de detección del VIH y orientación y de terapia antirretroviral sigue siendo escasa: solo 34 países pudieron confirmar la disponibilidad de programas de detección del VIH para personas que se inyectan drogas, y 17 países confirmaron que carecían de esos programas. No se disponía de información sobre la disponibilidad de terapia antirretroviral en 162 países.