

**Delsanto, Martina**

---

**La participación de niños y  
adolescentes como herramienta  
fundamental para la prevención de  
adicciones**

**Tesis para la obtención del título de grado de  
Licenciada en Psicología**

**Directora: Herranz, Silvana Melisa**

Documento disponible para su consulta y descarga en Biblioteca Digital - Producción Académica, repositorio institucional de la Universidad Católica de Córdoba, gestionado por el Sistema de Bibliotecas de la UCC.



[Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional.](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)



**UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DE CÓRDOBA**  

---

*Universidad Jesuita*

**FACULTAD DE CIECIAS DE LA SALUD**  
**LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**

*“La participación de niños y adolescentes como herramienta fundamental para la  
prevención de adicciones.”*

**Trabajo De Integración Final**

**CONTEXTO SANITARIO**

**Sistematización de Prácticas**

Autor/a: Delsanto Martina.

DNI: 42.439.932.

Director/a: Lic. Silvana Melisa Herranz.

Córdoba, Argentina.

2023

*‘La participación de niños y adolescentes como herramienta fundamental para la prevención de adicciones’.*

## **AGRADECIMIENTOS**

A la Fundación Pro Salud, por abrirme las puertas y permitirme disfrutar de esta gran experiencia de prácticas. A los niñas, niños y adolescentes por los encuentros, momentos compartidos y recuerdos que me llevo en el corazón.

A mi Universidad, a todos mis profesores y profesoras que durante estos años me formaron y compartieron su conocimiento, posibilitando un aprender en esta profesión y transmitirme pasión por la Psicología.

A mi directora de tesis, la Lic. Silvana Melisa Herranz, por su dedicación, su guía experta y valiosas sugerencias a lo largo de este proceso. Su orientación ha sido fundamental para el desarrollo y conclusión de este trabajo.

A mis amigas, amigos y compañeras, por ser incondicionales y estar presentes en cada logro.

A mi familia, que siempre me apoyó a cumplir mi sueño y me acompañaron en esta etapa con mucho amor y paciencia.

## ÍNDICE

<b>1. Índice de Abreviaturas.....</b>	<b>06</b>
<b>2. Introducción.....</b>	<b>08</b>
<b>3. Contexto de Prácticas.....</b>	<b>10</b>
<b>3.1 Contexto Sanitario.....</b>	<b>11</b>
<b>3.2 Quehacer del Psicólogo Sanitario.....</b>	<b>14</b>
<b>4. Contexto Institucional.....</b>	<b>18</b>
<b>4.1 Historia de la Fundación Pro Salud.....</b>	<b>19</b>
<b>4.2 Paradigma salubrista.....</b>	<b>21</b>
<b>4.3 La actualidad de la Fundación Pro Salud.....</b>	<b>23</b>
<b>4.4 Organigrama.....</b>	<b>25</b>
<b>5. Eje de sistematización.....</b>	<b>26</b>
<b>6. Objetivos.....</b>	<b>28</b>
<b>7. Perspectiva Teórica.....</b>	<b>30</b>
<b>7.1 Prevención.....</b>	<b>31</b>
<b>7.2 Participación.....</b>	<b>38</b>
<b>7.3 Adicciones.....</b>	<b>42</b>
<b>7.4 Niñez y Adolescencias.....</b>	<b>49</b>
<b>7.5 Marco legal.....</b>	<b>51</b>
<b>8. Modalidad de Trabajo.....</b>	<b>54</b>
<b>9. Análisis de la experiencia.....</b>	<b>61</b>
<b>9.1 Recuperación del proceso vivido.....</b>	<b>62</b>
<b>9.2 Análisis de la experiencia.....</b>	<b>68</b>
<b>10. Conclusión.....</b>	<b>97</b>
<b>11. Referencias bibliográficas.....</b>	<b>102</b>
<b>12. Anexo.....</b>	<b>108</b>

## **1. ÍNDICE DE SIGLAS Y ABREVIATURAS**

- **CCN:** Cuenten con Nosotros.
- **FPS:** Fundación Pro Salud.
- **GBL:** Gente Bicho de Luz.
- **NNyA:** Niños, niñas y adolescentes.
- **ONG:** Organización no gubernamental.
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- **OPS:** Organización Panamericana de la Salud.
- **PPS:** Práctica Profesional Supervisada.
- **PSE:** Proceso de salud-enfermedad.
- **RED LISC:** Red Líderes en Salud Comunitaria.



## **2. INTRODUCCIÓN**

El presente trabajo corresponde al Trabajo de Integración Final enmarcado en las Prácticas Pre Profesionales Supervisadas (PPS) de la carrera Licenciatura en Psicología, de la Facultad de Ciencias de la Salud, en la Universidad Católica de Córdoba, en el ciclo lectivo 2022. Esta misma se contextualiza dentro del contexto sanitario, ya que la PPS se realizó en la Fundación Por la Salud Humana (FPS), una organización civil que desde 1992 trabaja en promoción de la salud mediante la aplicación de diversos dispositivos preventivos y de asistencia de adicciones y VIH sida.

De la mano de esta institución, a través de diferentes proyectos podemos adentrarnos en el campo, vasto y complejo de las adicciones, una problemática multicausal y dinámica, que, como cualquier otra condición crónica de salud, requiere de recursos humanos formados, tanto en competencias técnicas como habilidades personales para hacerle frente al contexto, cultura y mercado que cada vez es más grande y alarmante.

En un primer momento, se abordará el contexto de práctica, en el cual se adentrará en la psicología sanitaria. Se desarrollarán aspectos fundamentales de la misma tales como antecedentes históricos, el rol y función del psicólogo sanitario, entre otras. En un segundo momento, se desarrollará el contexto institucional, siendo este la Fundación Pro Salud, profundizando en su historia, paradigma teórico y modalidad de trabajo con respecto a las adicciones. En tercer lugar, se presentará el eje de sistematización, seguido por la mención tanto del objetivo general como de los específicos. Luego, se desarrollará la perspectiva teórica, comenzando por una profundización con respecto a la prevención, abarcando sus estrategias y herramientas de la misma. También se indagará sobre el concepto de participación. Además, se desarrollarán algunas claves sobre la niñez y adolescentes. Por último, se ampliará sobre el concepto de adicción, junto con el de drogas.

Para continuar, se explicará la modalidad de trabajo que será llevada a cabo a lo largo del proceso. A continuación, se expondrá el análisis de la experiencia donde se desarrollará la recuperación del proceso vivido (capacitaciones, práctica institucional, actividades, tutorías y supervisión) además del análisis de la experiencia para comprender las prácticas profesionales supervisadas en su totalidad. Hacia el final se expondrán las conclusiones del trabajo realizado, seguido de las referencias bibliográficas correspondientes.

### **3. CONTEXTO DE PRÁCTICAS**

### 3.1 CONTEXTO SANITARIO

El contexto de prácticas elegido corresponde a la Psicología Sanitaria. Para ello tomamos los aportes de Morales de Calatayud (1997) que considera que:

La Psicología de la Salud es la rama aplicada de la psicología que se dedica al estudio de los componentes subjetivos y del comportamiento del proceso salud enfermedad y de la atención en salud. (...) Le interesa el estudio de aquellos procesos psicológicos que participan en la determinación del estado de salud, el riesgo a enfermar, en la condición de la enfermedad y en la recuperación, así como en las circunstancias personales que se ponen de manifiesto en la prestación de los servicios de salud, lo que se expresa en el plano práctico en un amplio modelo de actividad que incluye acciones útiles para la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la atención de los pacientes enfermos y personas con secuelas y para la adecuación de los servicios de salud a las necesidades de los que lo reciben. (p. 57)

La Psicología Sanitaria se caracteriza por abordar de manera integral el proceso salud-enfermedad como objeto de estudio e intervención. Su campo disciplinario se extiende a dos áreas fundamentales: la salud colectiva y la salud mental. Dentro de estos entornos, la Psicología Sanitaria despliega su campo de acción en la vida cotidiana, reconociendo que es en este contexto donde se generan, distribuyen y manifiestan los procesos vitales. (Morales Calatayud, 1997).

En el ejercicio de la Psicología Sanitaria, se lleva a cabo la planificación, administración y ejecución de políticas sanitarias, con el propósito de mejorar la salud de la población. Para lograrlo, se realiza un análisis exhaustivo del proceso salud-enfermedad y sus determinantes políticos, sociales y económicos, a fin de comprender y abordar de manera efectiva los factores que influyen en la salud de las personas. Además, la Psicología Sanitaria proporciona asesoramiento en diversas cuestiones relacionadas con la salud, brindando orientación tanto a nivel individual como comunitario. A su vez, se dedica a la prevención y promoción de la salud, fomentando hábitos saludables y trabajando en la prevención de enfermedades. La educación para la salud y la mejora de la calidad de vida también son áreas fundamentales en el ejercicio de la Psicología Sanitaria. A través de programas educativos y de intervenciones específicas,

se busca capacitar a las personas para que sean agentes en el cuidado de su propia salud, así como en el mejoramiento de su bienestar general.

Por último, la Psicología Sanitaria se dedica a la investigación y a la docencia. A través de la investigación, se busca ampliar el conocimiento sobre los procesos de salud-enfermedad, sus determinantes y las intervenciones más efectivas. Al mismo tiempo, se imparte docencia para formar nuevos profesionales especializados en esta disciplina, preparados para enfrentar los desafíos y las demandas del campo de la Psicología Sanitaria.

En conclusión, la Psicología Sanitaria se enfoca en el estudio y la intervención del proceso salud-enfermedad, en los campos disciplinares de la salud colectiva y la salud mental. Su acción se extiende a la vida cotidiana, donde se desarrollan los procesos vitales. Su ejercicio comprende la planificación, administración y ejecución de políticas sanitarias, el análisis de los determinantes del proceso salud-enfermedad, el asesoramiento, la prevención y promoción de la salud, la educación para la salud y calidad de vida, así como la investigación y la docencia.

Enrique Saforcada (2012) nos reafirma que es muy importante que la Psicología Sanitaria adquiera una concepción holística, científicamente fundada, del desarrollo humano integral, con buenos conocimientos en neurodesarrollo, todo lo cual le permitirá tener una visión ecosistémica del proceso de salud que lo llevará imperceptiblemente a privilegiar por lejos la protección y promoción de la salud por sobre la atención del daño ya instalado.

Ahora bien, ¿Cómo se entiende el proceso salud-enfermedad?

Según Laurell (1987) y Spinelli (2010) el proceso salud enfermedad (PSE) es un modo específico en cómo se da en el grupo el proceso biológico de desgaste y reproducción, con momentos particulares de funcionamiento diferenciable, con consecuencias para el desarrollo regular de las actividades cotidianas.

El proceso salud-enfermedad se encuentra intrínsecamente ligado a diversas dimensiones que es importante tener en cuenta. En primer lugar, la dimensión social juega un papel fundamental en la conceptualización de la enfermedad en una situación concreta. Esto depende de la época y del contexto socio histórico en el que se encuentre. Las percepciones y comprensiones de lo que constituye la enfermedad varían en función de estos factores.

Además, es crucial destacar la dimensión colectiva del proceso salud-enfermedad. El objeto de estudio se ubica en el grupo en lugar de operar exclusivamente en el individuo. Se trata de entender cómo las características sociales de un grupo influyen en la aparición y el desarrollo de la enfermedad. En este sentido, las características biológicas se entienden también como producidas por determinantes sociales.

El aspecto dinámico del proceso salud-enfermedad también merece ser mencionado. La salud y la enfermedad se consideran polos opuestos que coexisten en una unidad transitoria y relativa. Existe una lucha constante entre ambos polos de un proceso. Las causas que contribuyen a la aparición de la enfermedad se acumulan a lo largo del tiempo, y la enfermedad se va configurando en función de la persistencia o intensificación de ciertas condiciones, así como de las mejoras o deterioros que se experimentan.

Asimismo, es esencial comprender la dimensión histórica del proceso salud-enfermedad. La salud es un fenómeno que se desarrolla en un contexto socio-histórico particular. Las características que adquiere en un organismo están determinadas por las condiciones materiales de existencia en las que se encuentra inmerso. Estas condiciones históricas influyen en la forma en que se experimenta y se aborda la salud-enfermedad en un momento determinado.

En síntesis, el concepto PSE indica que el paso de la salud a la enfermedad está dado por diversas causas determinantes y condicionantes, internas y externas. La causalidad no es lineal ni mecánica, en el momento en que se presentan las causas necesarias y suficientes (acumulación) la salud cede terreno y la enfermedad empieza a manifestarse en el organismo. Estrictamente, no se verifica un pasaje de “estar sano” a “estar enfermo”, tampoco en viceversa. En cambio, se trata de un proceso, una acumulación hacia la salud o hacia la enfermedad hasta que se da un cambio cualitativo en la condición y se produce la situación de enfermedad o bienestar. Cabe volver a remarcar que el PSE no sólo está socialmente determinado, sino que tiene carácter social en sí mismo (subsunción de lo biológico en lo social), ya que los procesos sociales transforman los procesos biológicos.

### 3.2 EL QUEHACER DEL PSICÓLOGO SANITARIO

El Reglamento de especialidades del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba (2022), define:

Se considera área de la Psicología Sanitaria a la esfera de acción del psicólogo que abarca el campo de la salud colectiva (incluyendo dentro de esta a la Salud Mental), en instituciones estatales y/o no gubernamentales o privadas. El objeto de estudio e intervención es el proceso de salud-enfermedad en tanto proceso colectivo sometido a determinantes y condicionantes macro estructurales y biopsicosociales. Implica la consideración de los factores económicos, políticos, sociales, culturales, históricos y antropológicos. El campo de acción es la vida cotidiana en cualquiera de sus ámbitos, donde se producen, distribuyen y expresan, los procesos vitales de individuos y grupos. (p. 11)

De acuerdo con lo establecido en el reglamento (2022), se considera ejercicio del Psicólogo Sanitario la realización de diversas funciones y actividades. Entre ellas se encuentran la planificación, programación, evaluación, auditoría, administración y ejecución de políticas sanitarias. Es responsabilidad del Psicólogo Sanitario participar en la elaboración de estrategias y medidas que contribuyan a mejorar la salud y el bienestar de la población.

Asimismo, se espera que el psicólogo sanitario coordine y supervise programas específicos de su campo de especialización. Otra función importante es el análisis del proceso salud-enfermedad y sus determinantes políticos, sociales, económicos y otros aspectos relevantes en el ámbito de su competencia. Se espera que el psicólogo sanitario tenga una comprensión profunda de los factores que influyen en la salud de las personas y que pueda analizar críticamente las condiciones y contextos que impactan en el bienestar de la comunidad.

Además, el psicólogo sanitario tiene un papel fundamental en la prevención y promoción de la salud. A través de actividades educativas y de intervenciones específicas, se busca fomentar hábitos saludables, prevenir la aparición de enfermedades y promover el bienestar general de las personas. La educación para la salud y la mejora de la calidad de vida son aspectos esenciales de la labor del Psicólogo Sanitario.

Por último, el ejercicio también comprende la investigación y la docencia en el área. Es fundamental que participe en investigaciones que contribuyan al avance del conocimiento en su campo de especialización. Además, se espera que comparta su experiencia y conocimientos a través de la docencia, formando a futuros profesionales y transmitiendo las mejores prácticas en el ámbito de la Psicología Sanitaria.

Entonces, podríamos esquematizar las posibles intervenciones del psicólogo en el campo de la salud de la siguiente manera:

- Un plano general: que incluye la participación de la psicología en la formulación de las políticas de salud, diseño de planes y programas y su aplicación, formación de recursos humanos para integrar la orientación psicológica al campo de la salud integral.
- Participación en el trabajo directo en las instituciones de salud. (Morales Calatayud, 1997)

En resumen, el ejercicio del psicólogo sanitario implica llevar a cabo diversas funciones y actividades. Para ello el profesional debe tener capacitación específica en aspectos epistemológicos, paradigmas imperantes en salud, modelos de Prevención y Promoción de la Salud Comunitaria, concepción de Salud Integral y salud positiva, estrategias de intervención en los distintos niveles de Atención a la salud, atención Primaria en salud mental, abordajes en equipos interdisciplinarios, aspectos institucionales inherentes a los modelos de atención en salud y salud mental junto con diseño, gestión y evaluación de planes, programas y proyectos. También es necesario conocer aspectos epidemiológicos, programáticos, administrativos y de gestión de servicios, además de conocimientos generales sobre sociología, antropología, historia, política y economía, y métodos y técnicas de investigación.

Es necesario especificar que dentro del campo de la salud pública coexisten diversos paradigmas: el tradicional y el de salud colectiva, entre otros. En el tradicional, la aplicación de la salud pública por parte de los gobiernos estaba orientada en función de concepciones y prácticas con un modelo causal lineal desarrollado a partir de la enfermedad infecciosa y epidémica: agente-huésped. Era una salud estructurada alrededor de una medicina clínica orientada por el paradigma individual-restrictivo centrado en la enfermedad. (Saforcada, 1999). Por lo tanto, la psicología desde finales del siglo XV está enfocada en lo patológico y centrada en la enfermedad.



A partir de la segunda guerra mundial, desde 1970, empezó a surgir un movimiento de reforma de salud pública un nuevo paradigma: el de salud colectiva. Este paradigma implica un gran avance en el campo, superador del tradicional. En ambos paradigmas el componente principal es el equipo profesional de salud y el eje teórico está integrado por la epidemiología negativa. En el tradicional este es más monodisciplinar, en cambio en el de salud colectiva es multidisciplinar. En el primero la comunidad será una colaboradora, mientras que en el segundo es partícipe, sobre todo en los procesos de decisión.

Desde hace unos años, comenzó a aparecer una nueva mirada en el ámbito sanitario: el paradigma de salud comunitaria. Este posee concepciones y prácticas que no surgieron del ámbito académico, sino del contacto con las comunidades y los sectores más marginados. Aquí el eje teórico está integrado por la salud positiva, el componente principal es la comunidad y el equipo de salud es colaborador o participante. Por otro lado, se pondrá a la protección y promoción de la salud en el primer escalón jerárquico del quehacer profesional y del prestigio facultativo, muy por encima del quehacer terapéutico. (Saforcada, 2012).

Es necesario tener en cuenta que tanto la salud como la enfermedad están condicionadas por otras situaciones que sobrepasan los límites del cuerpo y que tiene que ver con factores psicosociales, es decir, el comportamiento individual, el ámbito natural y social en el que el individuo vive, y los determinantes económicos de su propia realidad. (Morales Calatayud, 1997)

Así, encontramos investigaciones que incluyen variables sociales en la multideterminación causal de las patologías, como así también en las respuestas a los mismos y en el pronóstico. Esta orientación ha llevado a considerar la necesidad del abordaje de los problemas de salud desde un punto de vista multidisciplinario.

El equipo interdisciplinario surge como el dispositivo adecuado para el abordaje del proceso salud enfermedad en toda su complejidad. Se entiende al equipo interdisciplinario como un dispositivo que permite el abordaje y la comprensión de los problemas de salud desde un intercambio de saberes entre profesionales de distintas disciplinas que comparten el objeto de estudio y persiguen el mismo objetivo en un tiempo y espacio determinados. Conceptualmente se encuentra ligado a la idea de salud integral.

Solo enfocando estos problemas desde la interdisciplina y la intersectorialidad, se podrá lograr una intervención eficaz tanto a niveles preventivos como en los terapéuticos. Por

intersectorialidad nos referimos a la participación de distintas áreas o ministerios de gobierno y también de Organizaciones No Gubernamentales. La Ley de Salud Mental, sancionada en 2010, contempla como uno de sus ejes estos aspectos. Propone un cambio de paradigma en el campo de la salud mental, poniendo el acento en la atención primaria de la salud, en la promoción y prevención y en la integración de la salud mental a la salud general. Desde una concepción “desmanicomializadora”, se enfatiza en la inclusión social de las personas con sufrimiento psíquico, restituyendo y protegiendo los Derechos Humanos de las mismas.

Cabe señalar la importancia que ha tenido recientemente la promulgación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657. Esta herramienta normativa, basada en los estándares de derechos humanos vigentes en la materia, contribuye a la constitución de una agenda específica en Salud Mental, fortalece el rol del Estado nacional y se inscribe como una herramienta poderosa para emprender las reformas que son absolutamente prioritarias, y que sintéticamente se condensan en: a) Integración de la política de adicciones en el marco de la política de salud mental; b) Vigencia de derechos en las personas con trastornos mentales, propiciando una más intensa articulación entre los organismos sanitarios y judiciales, c) Transformación del modelo de atención, que incluye el cierre progresivo de los manicomios y la habilitación de dispositivos asistenciales de base comunitaria sustitutivos del régimen asilar; d) Aplicación del enfoque epidemiológico como un insumo crítico para la toma de decisiones; e) Capacitación de los recursos humanos en el campo de la salud mental, desplazando el eje profesional desde el modelo restrictivo al modelo social expansivo (De Lellis, 2011).

## **4. CONTEXTO INSTITUCIONAL**

## 4.1 HISTORIA DE LA FUNDACIÓN PRO SALUD

La fundación Pro Salud (Fundación para la Promoción de la Salud Humana) es una organización de la sociedad civil, que fundada en 1992 con apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, como respuesta a una demanda para abordar problemas socio-sanitarios, tales como las adicciones, la convivencia, embarazos adolescentes e infecciones de transmisión sexual.

La fundación está ubicada y actualmente continúa funcionando en el Hospital Nacional de Clínicas, de la ciudad de Córdoba, situada en la calle Santa Rosa 1564, barrio Alberdi y se encuentra a cargo de su fundadora, la Lic. Gabriela María Richard. Esta tiene como misión la promoción de la salud humana, a través de proyectos y campañas preventivas destinadas a niños, adolescentes y comunidad en general

Su modalidad de trabajo consta en abordar problemas socio-sanitarios a través de la búsqueda conjunta y en red de respuestas y alternativas de solución, incluyendo el compromiso del sector estatal, como el de la comunidad y las empresas. Posee diferentes proyectos de prevención en adicciones, promoción de salud y tratamiento que tienen como perspectiva teórica el modelo multidimensional salubrista.

Su equipo de trabajo está integrado por un grupo interdisciplinario de profesionales: psicólogos, médicos, docentes, comunicadores y trabajadores sociales. También cuenta con colaboradores (voluntarios y practicantes de distintas universidades) que participan en los diferentes proyectos institucionales. La dinámica de integración del equipo se sostiene mediante la capacitación permanente y la evaluación sistemática de cada una de las acciones desarrolladas. En el anexo se encuentra el organigrama de dicha institución.

La creación de los equipos y la estructura interna de la fundación se fue dando gracias al vínculo constante con la Facultad de Psicología de la UNC, es más muchos de los proyectos se sostuvieron a lo largo del tiempo gracias al espacio de formación profesional que siempre existió desde 1992, por lo que, muchos de los voluntarios que formaron parte del equipo de la fundación generalmente eran primero fueron alumnos. Luego otras personas que colaboraron, que actualmente son parte del equipo son profesionales médicos del hospital. También la directora ha dado cursos de extensión, de posgrado, que le permitieron identificar y convocar

personas, establecer vínculos con los que tienen el supuesto saber. Sin embargo, aún hoy se visualizan limitaciones para formar un equipo frente a la falta de presupuesto.

La mayoría de los colaboradores voluntarios son alumnos de Psicología y Trabajo Social, la fundadora afirma que es porque tienen vocación solidaria y una búsqueda de formación en esta temática, enfocado en la promoción de la salud y prevención.

Trayendo los antecedentes de la fundación, podemos afirmar que, a su fundadora, siempre le gustó trabajar en educación y observó que hacía falta trabajar en educación sexual, entonces en sus comienzos se focalizó en aquella temática. De igual forma consideraba que era muy importante trabajar en todo lo que era promoción de la salud, por lo que desde sus inicios mantiene esa idea firme. Además de ser pionera en Córdoba con el tema de la educación sexual, en sus arranques trabajó en una organización no gubernamental (Asociación Civil por la Paz) dedicada a la mujer y género, allí brindaba talleres. Hasta que un día de una fundación la contactan para dar cursos de formación docente con puntaje, por lo que, empezó a dar cursos de tres niveles distintos de complejidad y fueron de los primeros que se realizaron en Córdoba con esta temática entre el año 1990.

En esa época ella para formarse viajaba a Buenos Aires, allí conoció gente que estaba especializándose y sobre todo que conocía como formar una asociación civil, fundaciones. Durante ese momento, iniciaba la epidemia de VIH, una problemática enorme, que movilizó a Gabriela y la hizo cuestionarse el hecho de que nadie realice prevención. Como consecuencia ella organizó una jornada, desde un instituto, invitando gente del ministerio de salud para observar la propuesta que ellos tenían y encontró un gran vacío de intervenciones, planes y políticas públicas. Por lo que empezó a vincularse con gente de Bs As para organizar un proyecto, lo cual le recomendaron tener personalidad jurídica, se vinculó con unos conocidos y amigos abogados, enfermeras y así obtuvieron la personalidad jurídica que les permitió presentar un proyecto a la organización Panamericana de la Salud, para hacer videos educativos, que inclusive luego sirvieron para trabajar en capacitaciones a agentes de salud de la municipalidad de Córdoba. Fue un arranque muy enriquecedor, con más proyectos relacionados a colegios de Córdoba, como el Manuel Belgrano y con colaboración de la Universidad de Córdoba

A partir de que muchos grupos de jóvenes habían participado de las actividades y quedado entusiasmados surgió el anhelo de querer continuar en el tiempo. Desde ese momento lo primero que había que hacer era conseguir una sede, ya que por el momento utilizaban el

consultorio particular de su fundadora, hasta que consiguieron un lugar pequeño en la municipalidad, el cual fue sede por dos o tres años. Más adelante cuando la municipalidad se trasladó, la fundación también lo tuvo que hacer y por parte de la Secretaría de Salud (decano en la facultad de Cs Médicas) se les facilitó entrar en el Hospital de Clínicas.

Ya estando en el hospital, pudieron coincidir y participar en otro proyecto del Ministerio de Salud de la nación, que les permitió crear un servicio que aún no existía en Córdoba: el servicio de orientación telefónica sobre VIH, la Línea Red Vida. Este servicio fue muy importante porque logró estructurar mucho el trabajo de la fundación, además de avanzar sobre los medios de comunicación, hacer que algo nuevo se inserte en el sistema de salud, trabajar las redes para hacer las derivaciones, tanto que por esa vía empezó a emerger de a poco el tema de las adicciones. También aproximadamente por los años 1990 la municipalidad les solicita realizar un proyecto para el barrio villa 9 de julio, para trabajar con jóvenes temas referidos a la sexualidad, convivencia y por consiguiente también fue inevitable que surja el tema de las adicciones.

## **4.2 PARADIGMA SALUBRISTA**

La fundación Pro Salud (FPS) trabaja con un paradigma particular aplicado a la prevención de adicciones y promoción de la salud: el enfoque *multidimensional integral salubrista*. Este promueve contextos que legitiman el vínculo entre placer, disfrute y prácticas saludables, informando sobre evidencia científica que fundamenta la no inclusión del consumo de drogas entre ellas. Desde una perspectiva positiva, alienta y prioriza procesos de toma de decisiones, mecanismos resilientes y el desarrollo de factores salutogénicos, como complemento de los factores de protección. Por lo tanto, promueve la elección de prácticas saludables, antes que actitudes defensivas o indiferentes frente a la influencia del entorno.

Esta perspectiva dinámica, diferente a la clásica clasificación que distingue factores de riesgos que pueden ser linealmente enfrentados con factores de protección, aporta la identificación de factores salugénicos. Estos adoptan su cualidad de tales, no tanto por su definición intrínseca, como por su funcionalidad en cuanto a la interpretación y afrontamiento de los hechos que se suceden en los diversos trayectos vitales de individuos y colectivos. El

concepto de factores salugénicos se asocia de este modo al desarrollo de resiliencia individual, familiar, grupal o social, en tanto capacidad de crecimiento, maduración, superación y transformación de aquello que pueda ser reconocido como adverso. Según este encuadre, este tipo de situaciones antes que ser génesis de batallas o guerras – enfoque bélico binario-, serán reconocidas como momentos de crisis vitales (individuales o colectivas), con frustraciones y sufrimientos incluidos, que requieren procesos de afrontamiento que implicarán romper con rutinas, situaciones de estrés creativo, perseverancia, paciencia, solidaridad, y otras habilidades que las estrategias de abordaje integral habrán de promover. desarrollo de factores salutogénicos, como complemento de los factores de protección. (Richard, 2020)

El enfoque salubrista es aplicable en igualdad de condiciones tanto a quienes no desean desarrollar prácticas de consumo de sustancias psicoactivas, como a quienes tienen prácticas de consumo de tipo experimental, y a quienes desarrollan procesos adictivos de dependencia creciente a dicho tipo de consumo. Este modelo teórico también es aplicable a aquellas conductas adictivas que no requieran el consumo de sustancias químicas, como las ligadas al juego industria del juego, las nuevas tecnologías, entre otras.

El trabajo e intervenciones posicionadas desde este paradigma generan una plataforma motivacional consciente e integradora de recursos individuales y colectivos, presentes aún en personas que desarrollan procesos adictivos. Este promueve el desarrollo y activación de factores salutogénicos, tanto para consolidar procesos saludables como para facilitar aquellos que requieren cambios, cuando el proceso vital está atravesado por crisis con origen en alguna de las dimensiones humanas.

Entonces podemos mencionar que las actividades que lleva a cabo la fundación son:

- **Asesoramiento y orientación:** línea Red Vida sobre VIH y adicciones.
- **Asistencia:** grupos ProSalud GPS (para niños y jóvenes) y FoA (para familiares, amigos, parejas y tutores).
- **Capacitación:** a través de cursos y talleres para jóvenes, referentes de la comunidad y profesionales de la salud e instituciones educativas, municipios.
- **Prevención y promoción comunitaria:** dispositivos preventivos multidimensionales (GBL), prevención de adicciones en escuelas de nivel primario (CCN) y nivel medio (RED LISC).

- **Investigación:** proyecto de investigación para el estudio sobre creencias asociadas a adicciones y SIDA, Registro territorial de Hábitat urbano y simbolización sobre sustancias psicoactivas.

Gabriela, la fundadora de la fundación nos relató que en sus comienzos observaba que en Córdoba solamente existían lugares para personas ya adictas y no para personas que no lo son, pero que sí tienen problemas con el consumo. No existían espacios que realicen una atención más temprana, ambulatoria, sin que llegara a una complejidad tan alta, por lo que, decidieron crear el área terapéutica, directamente con un enfoque diferente, el cual empieza a tomar forma de salubrista.

### **4.3 LA FUNDACIÓN PRO SALUD EN LA ACTUALIDAD**

La fundación frente a estas problemáticas complejas, como dijimos anteriormente, no trabaja de manera independiente, sino que lo hace en red y de manera participativa, comunitaria. Actualmente se relaciona con escuelas provinciales de Córdoba, Hospitales públicos, Centros de Participación Ciudadana, la Pastoral de Adicciones (cristiana), la Secretaría de Extensión del rectorado de la UNC que forma parte del área del programa de niñez y juventud (hace 3 años), siempre han articulado y participado en la Junta de participación vecinal del CPC que les corresponde (Mercado) parte del área de Presupuesto Participativo, un vínculo importante para conocer la realidad ciudadana.

Podemos pensar que la importancia del trabajo en red que posee la fundación viene de la formación de su directora en el enfoque sistémico, el cual le aportó una mirada más de conjunto sobre los vínculos, sistemas, lo horizontal, el trabajo participativo.

Actualmente los proyectos que se llevan a cabo son: Cuenten con Nosotros, Gente de Bicho de Luz, Red Líderes en Salud Comunitaria y Mapas Saludables. El servicio de atención, Línea red Vida, no funciona tal como lo hacía antes, desde antes de la pandemia empezaron a visualizar muchos cambios relacionados con la tecnología, porque utilizaban un teléfono fijo con horarios y las personas dejaron de utilizar ese canal de comunicación; entonces empezaron a utilizar otras vías como por ejemplo el WhatsApp, que funciona con mayor amplitud y disponibilidad horaria. Antes también había mayor difusión por los medios de comunicación a



través de la televisión, radio, mientras que hoy hay menos recursos y personal humano para llevar adelante esa área. Esa línea requiere un componente efectivo de impacto en el ámbito público, por lo que, un desafío pendiente es retomar con más fuerza esas tareas.

Con el surgimiento de la pandemia, el equipo de la fundación tuvo que acomodarse para poder hacerle frente a la situación sanitaria y de aislamiento. Los integrantes de ProSalud pensaban que las escuelas estaban pasando por un momento muy difícil y no podían desaparecer. Por lo tanto, procuraron estar presentes y comenzaron a trabajar todo de manera virtual, tanto con los alumnos como docentes, inclusive tuvieron que hacer una adaptación de los materiales, todas las actividades e intercambios se produjeron con modalidad virtual, por vía WhatsApp. A pesar de los avatares de la situación sanitaria, afortunadamente la mayoría de los proyectos se pudieron sostener de alguna manera, se llevaron adelante el Proyecto CCN, el Proyecto GBL y el servicio terapéutico se adaptó totalmente a la virtualidad también.

A un par de años del inicio del brote COVID-19 que luego devino pandemia la fundación sigue normalizando sus proyectos y espacios de manera presencial, y tratando de poner en marcha aquellos que fueron suspendidos durante ese periodo de tiempo.

Durante el 2022 un grupo de estudiantes de psicología de la Universidad Católica de Córdoba nos incorporamos al equipo técnico para realizar nuestras prácticas pre profesionales. Fuimos partícipes sobre todo en dos proyectos y dispositivos:

El proyecto CCN, el cual se ofrece como un dispositivo preventivo integral destinado a niños de 8 a 12 años escolarizados. El mismo tiene como objetivo central facilitar el desarrollo de proyectos educativos institucionales que permitan la sostenibilidad de las acciones preventivas y de promoción de la salud en el mediano y largo plazo. Su función principal se asocia a la promoción socio comunitaria ligada a los temas de adicciones y convivencia, según estrategias orientadas a fortalecer las instituciones educativas como promotoras de salud, y las habilidades y competencias socio afectivas de niños y niñas, que incluyan el discernimiento específico sobre las sustancias psicoactivas. El lugar de aplicación de proyecto son escuelas de nivel primario, municipales y provinciales, con posibilidad de replicarlo en organizaciones comunitarias que trabajan con este grupo etario. El proyecto aspira a un “enfoque participativo” y multidimensional, es decir, que incluya también actividades dirigidas a padres y, en la medida de lo posible, “participación comunitaria”, entendiendo a ésta como la intervención de distintas instituciones y personas al proyecto, es decir, actividades del mismo.

Por otro lado, el proyecto GBL, es un concurso de afiches, videos y/o cómics sobre prevención de adicciones destinado a jóvenes de entre 9 a 24 años. En el concurso se puede participar de manera individual o grupal, desde todo tipo de organización comunitaria, escolar, vecinal, deportiva o religiosa. El mismo tiene como objetivo invitar a las personas a “ser protagonistas de un cambio, que tengan ganas de reflexionar y ayudar a otros con mensajes de aliento y prevención sobre un tema importante para las personas, las familias y el mundo”. La idea es que se trabaje en conjunto para construir una sociedad que pueda disfrutar de una cultura más saludable y con menos problemas por consumo de drogas. Su lema es: “Ser parte del grupo de Gente Bicho de Luz, es saber encender tu propia luz y poder avanzar aun cuando las cosas se ven muy oscuras”.

#### **4.4 ORGANIGRAMA**

Se presenta en el anexo.

**5. EJE DE  
SISTEMATIZACIÓN**

*“La participación de niños y adolescentes como herramienta fundamental para la prevención de adicciones.”*

## **6. OBJETIVOS**

## **OBJETIVO GENERAL**

- Analizar la participación de niños y adolescentes en los dispositivos de prevención de adicciones realizados en la Fundación Pro Salud de Córdoba durante el año 2022.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Describir las herramientas e instrumentos innovadores de la Fundación Pro Salud para la prevención de adicciones.
- Identificar y analizar la participación a través de las diferentes producciones artísticas y audiovisuales de niños y adolescentes realizadas en los diferentes proyectos de prevención de adicciones en el transcurso del año 2022.
- Identificar las estrategias preventivas que posibilitan la participación de niños y adolescentes.

## **7. PERSPECTIVA TEÓRICA**

## 7.1. PREVENCIÓN

Es relevante detenernos y reflexionar sobre: ¿Qué es hacer prevención?, ¿De qué se trata? ya que a menudo damos por sentado que todos compartimos la misma comprensión del concepto. Por tanto, considero fundamental comenzar por definir, repensar y discutir qué entendemos por prevención. Etimológicamente, la palabra “prevención” tiene sus raíces en el latín. Proviene de la combinación de *praeventious*, es decir, de *prae* que significa “antes” y *eventiuos*, que se refiere a “evento, acontecimiento o suceso”. Por lo tanto, significa actuar antes de que acontezca un suceso. (González de Audikana, 2018).

El significado de este concepto entonces combina dos elementos fundamentales: por un lado, se refiere a la preparación o la acción anticipada, y por otro, tiene como propósito evitar daños o males inminentes. Además, se encuentra vinculado a otros términos como “prever” (anteceder lo que sucederá), “avisar” (informar a otros sobre eventos futuros) y “precaer” (tomar medidas para evitar o solucionar situaciones adversas). (Márquez, Rubio y Santacreu, 1997).

La UNESCO en 1974 declaró que la prevención se trata de la puesta en acción de los medios apropiados para impedir la aparición de un conflicto en los individuos o en la sociedad en general. (Rivero Vila, 2016).

Siguiendo por esa línea, Vignolo, Vacarezza, Álvarez y Sosa (2011) traen la definición de la OMS (1998) en la cual se conceptualiza a la prevención como las “medidas destinadas no solamente prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a tener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida”. (p.12)

Por otro lado, Santacreu, Márquez y Rubio (1997) destacan que todas las actividades realizadas, ya sea por las personas afectadas o por profesionales especializados, después de que ocurra un evento adverso, daño o desastre, en su opinión no deberían denominarse “prevención”. Tradicionalmente, en el ámbito de la salud, estas acciones destinadas a remediar los daños en personas se denominan como tratamiento. Para ellos, diferenciar entre prevención y tratamiento es una tarea complicada si se revisa los textos relacionados a la prevención. Plantean que, a menudo, la fuente de confusión radica en la mezcla entre el tipo de intervención y el objetivo de prevención.



Por lo tanto, aceptando la existencia de un continuo entre prevención y tratamiento, lo que define una acción preventiva es la enfermedad o el daño que se pretende evitar en personas que, en el momento de la intervención no lo padecen. Una vez que hemos identificado el daño o la enfermedad que queremos prevenir en un grupo específico que está en riesgo, podemos considerar el tipo de intervención preventiva. Esta intervención puede consistir en informar, es decir, hacer pública la investigación que identifica los factores de riesgo y los comportamientos saludables necesarios para prevenir el daño futuro; o bien puede implicar una acción directa para cambiar los comportamientos de la población en riesgo y/o modificar ciertas condiciones del ecosistema. (Santacreu, Márquez y Rubio, 1997).

Para seguir ampliando lo que entendemos por prevención, Mirta Videla (2009) analiza que, en el ámbito de la psicología, el concepto de prevención equivale en esencia a lo que en el campo de la medicina se conoce como Atención Primaria de la Salud. En ambos casos se refiere a la idea de abordar los problemas de salud empezando en primer lugar por las cuestiones fundamentales, de manera que se evite poner “un parche sobre una camisa llena de agujeros” (p. 26), es decir, cuidar y priorizar la salud de las poblaciones y de los individuos. Entiende que es esencial que estas iniciativas estén disponibles para todos, y que se basen principalmente en enfoques grupales y comunitarios.

La autora plantea que la prevención y atención primaria de la salud a menudo enfrentan una falta de aceptación y reconocimiento, en gran parte debido a que no generan beneficios económicos inmediatos ni prestigio académico. Destaca que la prevención se presenta como un abordaje metodológico que implica la implementación de estrategias destinada a capacitar y empoderar a recursos transformándolos en agentes multiplicadores de formas de cuidado y promoción en salud. (Videla, 2009)

En resumen, para Mirta Videla (2009):

Prevenir es facilitar recursos para el desarrollo de acciones de autocuidado, es desarrollar programas de promoción creados por la misma comunidad, es poner al alcance de los que más lo necesitan la información necesaria que les permita cuidarse y saber a qué tienen derecho, por qué deben organizadamente luchar (p. 53).

Entonces ya no solo se trata de prevenir las causas de la enfermedad, situaciones o riesgos específicos, sino también de promover la salud tanto a nivel individual como grupal. La carta de Ottawa (OMS, 1986) la define como el proceso de empoderar a la comunidad para

mejorar su calidad de vida y salud, lo que incluye una mayor participación en el control del proceso.

La propuesta de promoción de la salud representa un cambio de paradigma con respecto al de la medicina tradicional y el pasaje del pensamiento orientado a la enfermedad y la cura hacia aquel pensamiento orientado a la salud, su constitución, vivencia y desarrollo como un concepto positivo. Es decir, se pone el acento en las condiciones y procesos sociales que favorecen la vida, el bienestar, la salud, el desarrollo y protegen de las enfermedades, tanto en el orden de las personas como de los grupos humanos. Así mismo resalta la necesidad de disponer de políticas públicas e impulsar acciones intersectoriales que favorezcan el establecimiento y generación de dichas condiciones y procesos (OPS, 2009).

### 7.1.1 TIPOS DE PREVENCIÓN

En “Principios de Psiquiatría Preventiva” Caplan (1980) propone un modelo de prevención por niveles. Su propuesta fue revolucionaria porque cuestionaba la concepción tradicionalista, asistencialista e individualista de la psiquiatría clásica que tenían sobre la salud mental. Según el autor, la psiquiatría preventiva se define como un conjunto de conocimientos profesionales, tanto teóricos como prácticos, que se emplean para diseñar e implementar programas destinados a reducir la frecuencia en una comunidad, de los trastornos mentales de todo tipo. Estos buscan reducir tanto la frecuencia de la aparición de estos trastornos como la duración y el deterioro que puede resultar de aquellos trastornos. (Caplan, 1980)

- **Prevención primaria:** está destinada a disminuir la incidencia o proporción de casos nuevos de trastornos mentales en una determinada etapa (cierta población y periodo). Se trata de reducir el riesgo de toda una población. Introduce el concepto agente de salud para la detección y neutralización de las condiciones de riesgo.
- **Prevención secundaria:** está destinada al grupo poblacional que, a pesar de las acciones anteriores, padecerá trastornos mentales. Pretende disminuir la prevalencia, ósea la duración de los casos probados de enfermedad. Para ello se

utilizan el diagnóstico precoz y tratamientos efectivos. Podríamos decir que tiende a evitar la cronicidad y secuelas, consecuencias.

- **Prevención terciaria:** apunta a reducir en la comunidad la proporción de funcionamiento defectuoso por secuelas, tratando de recuperar la capacidad productiva y posibilidad de reintegración.

Para el autor, la prevención es una acción integral, donde ambos niveles se articulan y están en simultáneo. Plantea que pueda utilizarse como una política para tomar decisiones, con una planificación presupuestaria con recursos.

Adentrándonos en el ámbito de la prevención del consumo de drogas, se parte del supuesto de que el consumo de ciertas sustancias puede ser perjudiciales para la salud de las personas y, por lo tanto, es importante tomar medidas preventivas antes de que ocurra dicho consumo. Sin embargo, hay que preguntarse si esta premisa se aplica a todas las personas de la misma manera, si siempre se debe considerar que el consumo es perjudicial para el individuo y si esta premisa es aplicabilidad a cualquier tipo de sustancia consumida. (González de Audikana, 2018)

En este contexto, podemos pensar que, en el caso de las drogas, la prevención primaria se orientaría a tomar medidas para que las personas no consuman drogas, evitando los factores de riesgo y desarrollando los factores de protección; la secundaria se orientaría a que si surge un problema con las drogas se pueda frenar su avance y evitar que se convierta en un problema mayor; y, la terciaria se centraría en el tratamiento y rehabilitación de la dependencia de las drogas.

Para ahondar en el tema de la prevención, Calafat (1995) estableció una distinción la **prevención específica** y la **prevención inespecífica**:

Entendemos por prevención específica aquellas actuaciones que de una forma clara, concreta y explícita tratan de influir en el uso de drogas. Por contra, la inespecífica es la que trata de alterar los consumos indirectamente, a través de programas o actuaciones o ámbitos nada conectados en principio con el uso de drogas (p. 90).

Esto significa que la prevención específica se orienta de modo concreto a prevenir el problema de las drogas; mientras que la inespecífica se orienta a otro tipo de actividades no

directamente relacionadas con las drogas, como iniciativas para ocupar el tiempo libre, fomentar actividades deportivas, culturales y artísticas, para facilitarles las condiciones para que no aparezca el problema.

Ambas modalidades no son mutuamente excluyentes, en realidad son complementarias e incluso necesarias, si lo que se busca es un programa de prevención sólido y de impacto. Debemos saber en cuál momento y con qué población se hace mayor énfasis en una modalidad o en otra

Luego una nueva terminología se ha ido imponiendo. Es la que diferencia la prevención en tres tipos (Gordon, 1987): la universal, la selectiva y la indicada.

- **La prevención universal:** sus estrategias son generalistas, se aplican a cualquier tipo de población sin considerar las características específicas de cada una de ellas, beneficiando a todas por igual.
- **La prevención selectiva:** son aquellas que se ajustan a las condiciones de una población determinada en función de su perfil específico de riesgo, tomando como base a una población o grupo específico.
- **La prevención indicada:** se dirige a un subgrupo concreto de la comunidad que ya tienen el problema, es decir, a individuos de alto riesgo. Es más intensiva y costosa.

Considero pertinente traer el planteo de Richard (2015), el cual analiza la cuestión de que, si es apropiado afirmar que la prevención ha sido ineficaz, sugiriendo que es esencial examinar si lo que se ha llevado a cabo realmente se puede considerar como prevención, y en caso de ser afirmativo, qué tipo de prevención se ha implementado. En general, según lo mencionado, las acciones suelen limitarse a proporcionar asistencia, información y control. Se destaca la escasa dedicación a la prevención específica del consumo de sustancias adictivas, la cual debería ir acompañada de programas de educación para la salud y la promoción de entornos que fomenten la construcción de significados y proyectos de vida que impulsen prácticas saludables. Sostiene que “pensar y hacer prevención de adicciones con un enfoque de salud implica comenzar por lo inespecífico en el campo de prevención, para avanzar hacia lo específicamente relacionado con las adicciones” (p.11)

## 1.2 ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN

Las estrategias de prevención son el conjunto de actuaciones dirigidas a reducir los factores de riesgo asociados al consumo y abuso de sustancias y a fortalecer los de protección frente a estas conductas. Estas se pueden clasificar en función de diferentes parámetros: el enfoque utilizado, el ámbito en que se aplican o el grado de adaptación a la población destinataria.

Una clasificación es aquella que utiliza el criterio principal de la intervención, que tiene que ver con el factor prioritario de riesgo identificado. Hay diferentes tipos de intervención preventiva:

- **Informativas y de sensibilización:** tienen como objetivo aumentar la calidad y cantidad de información sobre las sustancias. Podríamos decir que es una estrategia clásica dentro del ámbito de la prevención.
- **Educativas:** se centran en el aprendizaje de capacidades y habilidades básicas, recursos personales que disminuyan la vulnerabilidad frente al consumo (como, por ejemplo, toma de decisiones, resolución de problemas, habilidades sociales, entre otras).
- **Generación de alternativas:** tratan de ofrecer actividades de ocupación del tiempo libre alternativas e incompatibles con el uso de drogas, entendiendo que una de las motivaciones del consumo de estas sustancias es la diversión y experimentación de nuevas sensaciones.
- **De protección y control:** engloban todo tipo de medidas legales, normativas que buscan reducir la promoción de las drogas o su accesibilidad y disponibilidad. Cuando se trata de drogas legales, podríamos pensar por ejemplo en medidas de regulación del mercado, productos, y cuando se trata de ilegales se centran en el control de la oferta mediante la interdicción de los mercados ilegales.

- **De reducción de riesgos:** incluye aquellas medidas que no van a evitar el consumo, pero si a minimizar sus riesgos o consecuencias negativas, suelen dirigirse a personas ya consumidoras. Un ejemplo sería aquellos programas de manejo responsable, “conductor designado” para la prevención de accidentes de tráfico, análisis de drogas para verificar la composición de las mismas, etc.

Podemos pensar también en los diferentes tipos de ámbitos o entornos de intervención donde se aplican aquellos programas, proyectos e intervenciones dirigidas a la prevención. Los más relevantes son:

- **Prevención escolar**
- **Prevención familiar**
- **Prevención laboral**
- **Prevención comunitaria**
- **Prevención en/desde los medios de comunicación**
- **Prevención ambiental**
- **Prevención en el ámbito de la salud**

Generalmente las acciones de prevención cumplen con varias estrategias a la vez. El autor afirma que la utilización de diferentes estrategias de forma combinada es sin dudas una de las claves para una prevención de calidad, porque las medidas aisladas tienen resultados limitados, por lo que es necesario realizar políticas globales que impliquen la aplicación de distintas estrategias en distintos entornos.

La selección de un tipo u otro va a depender del objetivo de nuestra intervención, del grupo diana al que dirijamos la misma y de las posibilidades reales que tenemos para poder intervenir (medios, disponibilidad de tiempo, etc.).

## **7.2. PARTICIPACIÓN**

El término participación es amplio y posee varios significados y usos en el lenguaje cotidiano. Definir la participación puede abarcar desde simplemente estar presente en un lugar hasta tomar decisiones, estar informado, expresar opiniones, gestionar o ejecutar tareas, entre otras. Debido a esta amplia gama de formas en que se puede participar, existen muchos tipos, grados y niveles de participación. (Parra Estrella y Soria Erazo, 2011)

Según Robirosa y otros (1990) participar es tomar parte de algo con otros, significa repartir o entrar activamente en la distribución de responsabilidades, compromisos y también comprometerse. Específicamente la participación para el autor integra tres aspectos:

- “Formar parte, en el sentido de pertenecer, ser integrante;
- Tener parte (asumir un rol) en el desempeño de las acciones determinadas;
- Tomar parte, entendida como influir a partir de la acción” (p. 19).

Los autores también plantean que la participación no es automática o espontánea, es necesario un proceso de aprendizaje en el sentido de concretar acciones que van a ir incrementando las capacidades de los participantes para analizar la realidad e influir sobre los otros. Es un proceso de desarrollo de la conciencia crítica y de adquisición de poder. Es algo que se va desarrollando y perfeccionando. (Robirosa, 1990). Por consiguiente, la participación no es un estado fijo: es un proceso mediante el cual la gente puede ganar grados de implicación en el proceso de desarrollo.

En conclusión, el hecho de participar se relaciona con conceptos como responsabilidad, conciencia, expresión y libertad, por lo que los diferentes modos de participar deben ser reconocidos y respetados en su individualidad.

### **7.2.1 LA PARTICIPACIÓN COMO DERECHO**

Algunos autores hacen referencia a que la participación es una necesidad humana y un derecho que tenemos las personas. De hecho, los seres humanos tenemos la capacidad de actuar en el mundo en que nos rodea, de tomar decisiones que podrán influir en nuestra vida. Participar entonces tiene que ver con ese poder de tomar decisiones, actuar y transformar la realidad. (Burin y otros, 1998).

La participación es uno de los principios fundamentales establecidos en la Convención de los Derechos del Niño (1989). En virtud de esto el estado argentino se comprometió a asegurar y promover la participación de niñas, niños y adolescentes a través de diversos derechos que amplían y refuerzan esta participación. Entre estos derechos se incluyen el derecho a ser escuchados, a expresar su opinión y a ser tenidos en cuenta, el derecho a recibir información y el derecho a asociarse.

La Organización Panamericana de la Salud considera que la participación se construye como un principio rector fundamental, es decir, un derecho que “facilita” su cumplimiento y contribuye de manera significativa a garantizar el cumplimiento de todos los demás derechos. Por lo tanto, la participación debe ser considerada no sólo como un objetivo en sí mismo, sino como una estrategia para alcanzar otras metas. (OPS, 2018)

Además, la participación en sí misma desempeña un papel protector fundamental en el desarrollo integral y la salud de las personas. Contribuye al desarrollo psicosocial de los niños al fortalecer su autoconfianza y autoestima. Los niños y niñas obtienen beneficios de la participación al adquirir y ampliar sus habilidades, adaptándose a las distintas etapas de su desarrollo. El hecho de participar brinda a los niños un sentido de propósito y competencia, así como la idea de que pueden tener un impacto positivo en sus propias vidas y ejercer influencia para cambiar la vida de otros, en particular la de sus familias. (OPS, 2018).

### **7.2.2 LA PARTICIPACIÓN COMO PROCESO**

Siguiendo con los desarrollos del concepto, otra autora María Teresa Sirvent (1984) reflexiona sobre las experiencias participativas en sistemas o instituciones autoritarias,



jerárquicas y burocráticas. Establece una distinción conceptual entre dos estilos o formas de participación: Participación Real y Participación Simbólica.

La participación real se manifiesta cuando los miembros de un grupo o institución ejercen su poder de manera efectiva en todos los aspectos de la vida institucional, esto incluye: participación en la toma de decisiones en diversos niveles, tanto en la formulación de la política general como en la definición de objetivos, estrategias y acciones específicas, también en la implementación de las decisiones tomadas y en la evaluación continua del funcionamiento de la institución. Por otro lado, la participación simbólica se refiere a acciones a través de las cuales no se ejerce influencia o se ejerce, pero en grado mínimo lo que respecta a la política y el funcionamiento de la institución, es decir, implica una ilusión entre los individuos o grupos comprometidos de que están ejerciendo un poder que en realidad no poseen. Lo que se encuentra en juego entonces es el ejercicio real del poder dentro de una institución, lo cual implica una auténtica influencia en la toma de decisiones. (Sirvent, 1984).

La autora plantea preguntas fundamentales sobre la participación, como: ¿Quién participa?, ¿Cómo?; ¿A través de cuáles mecanismos?; ¿En qué áreas de la vida institucional o del proyecto de trabajo? para analizar situaciones participativas en cualquier ámbito de la vida social.

### **7.2.3 TIPOS DE PARTICIPACIÓN**

Roger Hart (s/f) presenta la *Escalera de Participación* como una metáfora para comprender los niveles de participación infantil y adolescente, así como el grado de apoyo brindado por los adultos. La escalera tiene ocho escalones, con la participación auténtica comenzando a partir del cuarto escalón. Los escalones son:

1. Manipulación: los niños no son conscientes del asunto tratado y son utilizados por los adultos para transmitir sus ideas. Esta es una forma negativa de enseñar el proceso democrático y se considera una falsa participación.

2. Decoración: los niños se utilizan como propaganda o decoración para una causa, pero no comprenden el propósito ni están involucrados con la organización que lo promueve.
3. Participación simbólica: los participantes pueden expresarse, pero sus opiniones no tienen un impacto real.
4. Asignados, pero informados: los niños no participaron en la planificación ni en la asignación de roles, pero se unen voluntariamente y comprenden la acción propuesta. Los mensajes son transmitidos verticalmente desde los adultos.
5. Consultados e informados: los adultos diseñan y dirigen proyectos basados en propuestas y opiniones de los niños, como una forma de asesoría.
6. Iniciado por un adulto con decisiones compartidas con niños: los niños participan en la toma de decisiones y se involucran en todo el proceso, entendiendo cómo se llegó a ciertos compromisos y las razones detrás de ellos.
7. Iniciados y dirigidos por niños: los adultos actúan como facilitadores del proceso, mientras que los niños toman la iniciativa y dirigen el proyecto.
8. Proyecto iniciado y dirigido por niños, compartiendo decisiones con adultos: los niños incorporan a los adultos en el desarrollo de su proyecto, actuando como miembros activos de su comunidad en lugar de un grupo independiente. (Parra Estrella y Soria Erazo, 2011)

#### **7.2.4 PARTICIPACIÓN EN SALUD**

Ugalde (2006) analiza la participación de la comunidad entendiéndola como más que una participación esporádica en actividades aisladas y haciendo referencia a una participación de carácter simbólico y mínima. También la considera como una forma de cooperación, en el sentido de que las comunidades “cooperan” en respuesta a necesidades externas y como forma asociativa, donde la participación se considera exitosa cuando se establece una asociación entre la comunidad y los actores externos. La participación puede involucrar a la comunidad en la toma de decisiones, permitiendo a los ciudadanos tener control sobre las decisiones y recursos relacionados con la salud. Además, se la puede utilizar como un mecanismo de control, vigilancia y supervisión, así como para evaluar los servicios de salud a nivel local. Por último,

plantea que la participación puede servir como un medio para empoderar a las comunidades, ya que esta implica una acción social y política que va más allá de la mera inclusión en los procesos de toma de decisiones. En síntesis, la participación se postula como “una herramienta de “toma de la palabra” de las comunidades y de “visibilidad” de lo que está pasando allí” (p.76).

## **7.3 ADICCIONES**

### **7.3.1 Uso, Abuso y Dependencia de drogas**

Existen diferentes vínculos de las personas con las sustancias sin ser todos ellos adicciones, ni necesariamente consumos problemáticos. Por uso de una droga se entiende el consumo de una sustancia que no produce consecuencias negativas en el individuo. Este tipo de consumo es el más habitual cuando se usa una droga de forma esporádica. Acá también puede existir el consumo experimental: donde una droga se consume para probar sus efectos. Ahora bien, entendemos que el abuso se da cuando hay un uso continuado a pesar de las consecuencias negativas derivadas del mismo.

Siguiendo con el proceso, la dependencia surge con el uso excesivo de una sustancia, que genera consecuencias negativas significativas a lo largo de un amplio período de tiempo, como, por ejemplo, no poder cumplir, o repetidos fracasos para desempeñar obligaciones trascendentes (en el hogar, la escuela o el trabajo), el uso continuado de la sustancia, a pesar de padecer problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, exacerbados por los efectos de la sustancia.

En principio es necesario que definamos qué entendemos por drogas. ¿Qué son las drogas? Según el diccionario de la Real Academia española es aquella “sustancia mineral, vegetal o animal, que se emplea en la medicina, en la industria o en las bellas artes”, también puede ser en segunda opción, “aquel preparado medicamentoso de efecto estimulante, deprimente, narcótico o alucinógeno”. Encontramos que en tercera opción se entiende como cualquier “actividad o afición obsesiva”.

Ahora, siguiendo a la Organización Mundial de la Salud (s/f) entendemos que las drogas son todas aquellas sustancias, químicas o naturales, que, introducidas en un organismo vivo, producen modificaciones en el sistema nervioso central. También se denominan *Sustancias Psicoactivas*, para referirse a aquellos compuestos químicos que son capaces de cambiar el modo en que funciona del cerebro a partir de la interacción de éstas con el sistema nervioso central (por ejemplo, alterando las sensaciones de dolor y placer, el estado de ánimo, la conciencia, la capacidad de pensar, entre otras). Es importante señalar que en esta definición se incluyen tanto a las drogas lícitas, es decir, legalmente disponibles (como el alcohol, el tabaco, psicofármacos, etc.) como a las ilícitas, aquellas prohibidas para su producción, venta y consumo (como la cocaína, la heroína, las anfetaminas).

Las drogas se han clasificado en distintas categorías. Podemos clasificarlas partir de varios criterios: por su origen (naturales y sintéticas), su estructura química, su acción farmacológica, por las manifestaciones que su administración produce en la conducta humana (manifestaciones clínicas), su consideración sociológica o por su peligrosidad para la salud (el daño físico causado en la persona, en las familias y comunidades).

Sin embargo, es pertinente tener en cuenta el criterio de clasificación que opta la OMS, que ha agrupado las drogas según sus efectos sobre el sistema nervioso central y en sus consumidores. Así las subdivide en tres grupos:

- **Depresoras:** disminuyen o retardan el funcionamiento del sistema nervioso central. Producen alteración de la concentración y en ocasiones del juicio; disminuyen la apreciación de los estímulos externos y provocan relajación, sensación de bienestar, sedación, apatía y disminución de la tensión o sensación de dolor. Entran en este grupo el alcohol, heroína, los opiáceos; Benzodiazepinas (ansiolíticos, relajantes musculares) etc.
- **Estimulantes:** aceleran la actividad del sistema nervioso central provocando euforia, lo que resulta en un estado de alerta y energía, como la desinhibición, menor control emocional, irritabilidad, agresividad, menor fatiga, disminución del sueño, excitación motora, inquietud. Forman parte de este grupo la cocaína, anfetaminas, De diseño y tabaco.

- Alucinógenos/ psicodélicos: las sustancias tienen la capacidad de alterar la percepción sensorial y el estado de conciencia, el estado de ánimo y los procesos de pensamiento. Son parte de este grupo la marihuana, De diseño, LSD, etc.

Sin embargo, Osorio (2006) en su libro *Uso y Abuso de las drogas*, plantea que los efectos de las drogas son complejos. Estos pueden variar según los estímulos ambientales y las contingencias de la vida cotidiana. Por lo que no existen dos sujetos, aún con características físicas y socio-culturales similares que tengan la misma experiencia o el mismo efecto psicofísico ante el consumo de la misma droga y de la misma cantidad. Y del mismo modo, una persona que consume experimenta de manera diferente los efectos de la utilización de tóxicos según el momento y la circunstancia que esté viviendo y la razón consciente o inconsciente que acompañe ese acto.

De acuerdo con la Red Asistencial de las adicciones (2022) las características de las sustancias psicoactivas más utilizadas y conocidas por los niños y adolescentes son:

- **Alcohol:** es un derivado del carbono vegetal que, al entrar en contacto con el organismo humano es tóxico. En nuestra sociedad está tan naturalizado su que nos cuesta considerarlo como una droga. Sin embargo, es la sustancia psicoactiva más utilizada en el mundo. De acuerdo a la clasificación que realiza la Organización Mundial de la Salud (OMS), si tenemos en cuenta los efectos que produce la sustancia en el comportamiento de los consumidores, el alcohol entra en la categoría de sustancias depresoras ya que desaceleran el funcionamiento, la velocidad de la actividad mental y de ciertas funciones físicas, enlentecen o deprimen el funcionamiento del sistema nervioso central (OMS, 2014). Al tratarse de una sustancia psicoactiva de curso legal, suele considerarse erróneamente como menos nociva y de aceptación social muy amplia. Los efectos de las bebidas alcohólicas dependen de la graduación que poseen, del contexto, del género, e incluso de las expectativas de quien las consume, su estado anímico y de otras características psicológicas y corporales. También dependen de la cantidad que se ingiera y de otros factores como baja tolerancia, presencia de otras drogas y enfermedades pre-existentes (Damin, 2019).

Hay un punto importante a tener en cuenta y es que las consecuencias negativas del alcohol no distinguen edades; es decir, podemos ver sus efectos desde el momento de la concepción (incluso antes) hasta edades adultas.

- **Tabaco:** De acuerdo a la OMS (2014), se ubicaría dentro de la categoría estimulante dado que acelera o estimula el funcionamiento del sistema nervioso central, mediante la liberación por parte de las células nerviosas de neurotransmisores estimulantes. El tabaco es una planta que sus hojas se cultivan, secan y fermentan, para luego ser utilizada en varios productos. Contiene nicotina, un ingrediente que puede conducir a la adicción, lo que explica por qué muchas personas lo consumen (NIDA, 2018). En el humo de tabaco hay unos 4000 productos químicos conocidos, de los cuales se sabe que, como mínimo, 250 son nocivos, y más de 50 cancerígenos para el ser humano. El tabaco se puede fumar, masticar o aspirar. Los productos para fumar incluyen cigarrillos, bidis (tabaco envuelto en una hoja proveniente de una planta nativa de Asia que se ata con un colorido hilo en ambas extremidades del cigarrillo) y cigarrillos de clavo (se importan desde Indonesia, contienen una mezcla que consiste en tabaco, clavos y otros aditivos). Algunas personas fuman hojas sueltas de tabaco en pipa o en una pipa de agua llamada narguile. Estos últimos producen los mismos efectos nocivos que el cigarrillo (NIDA, 2016). También existe el tabaco sin humo el cual, es un producto compuesto de tabaco que se mastica, inhala o saborea.
- **Marihuana:** Es una droga de uso extendido en la actualidad con una edad de inicio, en promedio, a los catorce años. Su uso se ha masificado en los últimos años con una tendencia verdaderamente creciente sobre todo en adolescentes que la incorporan a los hábitos de consumo junto con el alcohol y el tabaco. La creencia de la inocuidad de la sustancia, el argumento sobre su falta de generación de adicción, las propiedades medicinales que se le otorga (considerando medicinal no solo a los principios activos sino también a la incorporación de estos a través del fumado), los cultivos urbanos, su fácil acceso, han hecho que esta droga cobre una notoriedad y asimilación social ponderable (Damin, 2019). La marihuana, es un término genérico utilizado para denominar a «Cannabis Sativa», especie herbácea con propiedades psicoactivas; tiene aproximadamente 489 componentes con más de 80 compuestos terpenofenólicos llamados cannabinoídes. Teniendo en cuenta la clasificación que realiza la Organización Mundial de la Salud, podemos clasificar a esta sustancia principalmente como alucinógena, dado que, entre otras cosas, distorsionan la percepción de la realidad, alteran significativamente la química cerebral, generando alteraciones visuales, táctiles y auditivas. Su uso se favorece y extiende por la creencia generalizada de que es menos dañina que otras drogas ilegales y que no produce daños severos como otros psicoestimulantes. Sin embargo, está plenamente demostrado que su consumo tiene

diversas consecuencias negativas para la salud, tanto a nivel orgánico, como social y psicológico.

### **7.3.2 PARADIGMAS SOBRE ABORDAJE DE LAS ADICCIONES**

#### **A) Modelo Multidimensional Salubrista.**

La fundación, y por ende los proyectos llevados a cabo por la misma, tienen como perspectiva teórica este modelo desarrollado por Richard (2015). El MInS busca promover la salud y el bienestar a través de un enfoque integral, sin estar influenciado por intereses económicos que podrían estar relacionados con sustancias adictivas.

El modelo reconoce que el fenómeno adictivo es complejo y multifacético. Encuadra al fenómeno adictivo en un campo extenso donde tienen lugar los vínculos y procesos saludables, además de los de tipo adictogénico. Este encuadre, identifica las variables provenientes del sujeto, el contexto y el objeto. Como rasgo distintivo suma el reconocimiento de la dinámica que se establece entre ellos, donde el contexto adquiere un gran protagonismo. El mismo, promueve la necesidad de estrategias innovadoras para abordar las adicciones y promover la salud. Esto sugiere un enfoque dinámico adaptable a medida que cambian las circunstancias y los desafíos relacionados con la adicción. (Richard, 2015)

#### **B) Prohibicionista**

Es necesario saber que hablar de la prohibición obliga a hacer referencia al papel que la política estadounidense desarrolló en torno a la cuestión del uso de drogas, primero en términos internos y luego en la agenda internacional.

La expresión “prohibicionismo” hace referencia a una serie de ideas desde las cuales se establecen normas, reglas y sanciones en pos de resguardar y cuidar un determinado estilo de vida en lo privado y en lo social, que se considera bueno, verdadero y hasta puro.

El origen de la expresión “prohibicionismo” en referencia al tema de las drogas se relaciona con los años en los cuales Estados Unidos estuvo bajo la llamada “Volstead Act” (1919-1933), conocida por nosotros como “Ley Seca” o “Ley de la Prohibición”, época en que se consideró ilegal la producción, distribución y venta de alcohol en el territorio estadounidense.

Debemos tener en cuenta que en realidad los orígenes de la restricción sobre usos de sustancias psicoactivas son ante todo étnicos, sociales y políticos. Las raíces históricas más profundas de la prohibición del consumo de drogas en la modernidad se encontraron primeramente en el terreno de la etnofobia. Luego, las razones se constituyeron basándose en argumentos morales y de seguridad y por último se instaló el discurso sanitario.

A comienzos del siglo XX, la idea de prohibir la circulación de ciertas drogas no era muy popular, pero luego iría tomando cada vez más entidad como intento de solución al “problema de las drogas”, hasta que en las décadas de 1970 y 1980 llegó a su pico de máxima expresión gracias a los acuerdos internacionales. A partir de los años ‘90, la idea comenzó a entrar en crisis debido a los reclamos (tímidos, inicialmente) de distintos grupos sociales respecto de su efectividad.

### **C) Reducción de daños**

Este paradigma tiene una larga trayectoria en el ámbito de consumo de sustancias psicoactivas. En la década de los 60, la OMS recomienda las políticas desde este enfoque para prevenir o reducir la gravedad de los problemas asociados con el uso no médico que producen las drogas. Este enfoque rápidamente se contempló como medida para frenar la prevalencia de infecciones, aunque esto no signifique renunciar a la abstinencia como objetivo terapéutico.

Actualmente el término reducción de daño se refiere a políticas, programas y prácticas que tienen por objetivo reducir las consecuencias negativas que resultan del consumo de drogas, tanto legales como ilegales, sin requerir necesariamente a la abstinencia, tanto sobre el



individuo como sobre sus familias y la comunidad en general (Becoña et al, 2011), en los niveles de salud, social y económico, y se basan en un fuerte compromiso con la salud pública.

El Centro Canadiense de abuso de sustancias (1996) establece los principios que posee este enfoque:

- a. Pragmatismo: es el desarrollo de respuestas pragmáticas relacionadas con el uso de drogas a través de una jerarquía de los objetivos de intervención que ponen énfasis en reducir los daños a la salud relacionados con el consumo de drogas. La contención y mejora de los daños pueden ser una opción más pragmática que eliminar el consumo de drogas por completo.
- b. Los valores humanistas: no se establecen juicios morales para condenar o apoyar el consumo de drogas, independientemente del nivel o modo de consumir. La dignidad y los derechos de las personas consumidoras son respetados.
- c. Centrarse en los daños: la prioridad se basa en disminuir las consecuencias negativas del consumo de sustancias para la persona y los demás, en lugar de centrarse en la disminución del consumo. No se excluye ni presupone el objetivo del tratamiento de abstinencia dentro del proceso terapéutico, por lo que las intervenciones orientadas a la abstinencia también pueden ser contempladas. Sin embargo, esta alternativa no debe ser excluyente de las demás.
- d. Equilibrar costos y beneficios: se evalúan los impactos de las intervenciones.
- e. Prioridad de los objetivos inmediatos: se establece una jerarquía. El logro más inmediato y realista suele ser un primer paso hacia la reducción del riesgo.

Trayendo a Lenton y Single (1998) podríamos resumir que el enfoque de reducción de daños, se plantea como objetivo evitar agravar el daño causado por el abuso de drogas, tratar a los sujetos que consumen con dignidad, ser neutral con respecto a la legalización o despenalización y no tener una visión de guerra contra las drogas.

Algunos autores plantean que este enfoque ha sido malinterpretado por quienes ven el problema de las drogas. Explican que quienes adhieren a este paradigma no van a tratar de “enseñar a drogarse” o de “facilitar” el consumo de drogas, sino que consideran que hay que aceptar la realidad de que existe un amplio sector de ciudadanos que deciden consumir drogas en su intimidad, más allá del marco legal, las normativas, a los cuales el Estado no debe invisibilizar ni criminalizar, sino por el contrario, debe acompañar, con el objetivo de

minimizar los daños para sí mismo y para terceros que implican esas prácticas. (Cancela et al., 2007)

## 7.4 NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

Tomando los aportes de Zachetti (s/f) en *Introducción a la Psicología de la Niñez* entendemos que la concepción de la infancia, las actitudes hacia los niños y el cuidado que se les ha dado tienen un carácter histórico y cultural, por lo que ha variado a lo largo de la historia. En la etapa medieval, desde el siglo VI al XV los niños eran considerados como algo divertido que no tenía mucha diferencia con los animales, su valor individual no era tenido en cuenta y se encontraban en una especie de anonimato hasta ser mayores. Existía una gran mortalidad infantil. Se consideraba a la niñez como una etapa separada del ciclo de la vida.

A partir de la Reforma, desde el siglo XVI se considera al niño como un ser frágil y de Dios, quien necesita ser protegido y reformado. Existía la idea de que nacían malvados, con almas corrompidas por el pecado, por lo que había que reformarlos, salvarlos hacia un destino de virtud mediante prácticas crueles y restrictivas de crianza.

En el siglo XVII se considera al niño ya no más como malvado sino como una tabula rasa o pizarra en blanco, es decir, que no eran nada. Los padres debían ser los tutores que moldean a sus hijos a través de sus ejemplos, con castigos o recompensas.

A partir del siglo XVIII, el sentido de la infancia es mucho más diferente, se observa más a los niños, se ocupan del problema de la educación de ellos, aunque sin diferenciarla de la de los adultos. Los cambios sociales tuvieron gran influencia sobre la consideración de la infancia, pero no así con el valor del niño, que todavía seguía siendo poco. Con los comienzos de la industrialización los niños trabajan por largas jornadas, pero a lo largo del siglo surgieron movimientos para regular el trabajo infantil, por lo que las condiciones de vida de la infancia tuvieron una mejora.

La Convención, a lo largo de sus 54 artículos, establece el reconocimiento de que los niños, es decir, los individuos que son menores de 18 años, son sujetos de pleno derecho en su desarrollo físico, mental y social. También subraya su derecho a expresar sus opiniones de

manera libre. Además, la convención sirve como un modelo para promover la salud, la supervivencia y el progreso de toda la sociedad humana. (United Nations, Treaty Series, vol. 1577)

En cuanto a la adolescencia, Fize (2007) aporta que siempre ha existido, de hecho, su palabra es muy antigua. Sin embargo, el adolescente (tanto la palabra como el “referente”) se impone recién en la segunda mitad del siglo XIX, empezando a tener una connotación más negativa. Usualmente se entiende que la adolescencia es sinónimo de pubertad. Esta definición, la más usual, es heredada de la medicina y de la biología; remite a las modificaciones corporales (pubertad física), pero también de una maduración psíquica y afectiva (pubertad mental). No obstante, esta definición es incompleta porque la adolescencia no es solamente la pubertad, también un estado social y cultural donde existe una nueva relación con el mundo y con los demás, con nuevos modos de vida entre semejantes y pares. Pese a su complejidad, podemos decir entonces que la adolescencia es algo tan plural como singular y no se trata de un estado natural de existencia, sino que es una construcción social.

Siguiendo con los planteos del autor, los adolescentes cambian constantemente, por lo que los adolescentes de hoy no se parecen a los de ayer. Disponen de sus propias características, cultura, lenguaje, códigos indumentarios, entre otras. Esto se debe en parte a la influencia de la sociedad, la tecnología y las tendencias culturales en evolución. (Fize, 20007).

Viñar (2009), desde una perspectiva psicoanalítica, ofrece una visión enriquecedora y compleja de la adolescencia. Destaca varios puntos claves, primero la entiende como un proceso continuo, entendiendo que no se limita a una franja etaria específica con cambios únicamente biológicos, sino que es un periodo de transformación con logros, fracasos, progresos y retrocesos. También señala que, en la actualidad, los adolescentes tienen mayor autonomía y emancipación que en generaciones anteriores, sin embargo, esta mayor libertad conlleva un mayor riesgo de tomar decisiones equivocadas en el proceso de búsqueda de la identidad. Además, el autor enfatiza que no existe una única experiencia de la adolescencia, sino una pluralidad de adolescentes que varían según el lugar y contexto social. Por último, introduce el concepto de adolescencia para describir, cómo en la sociedad actual se puede extender indefinidamente en la vida adulta.

En resumen, las perspectivas de los autores destacan la complejidad de las adolescencias, así como la influencia de la sociedad actual en la forma en que los adolescentes

navegan por desafíos y oportunidades. Enfatizan la importancia de abordar las adolescencias desde una perspectiva contextual y diversa, con una mirada abierta, reconociendo que cada generación tiene sus características únicas, por lo que, es esencial comprender sus perspectivas y necesidades tanto individuales como colectivas para acompañarlos en su proceso de crecimiento y desarrollo.

## **7.5 MARCO NORMATIVO NACIONAL**

El marco normativo incluye lo jurídico, lo ético y religioso, impacta en la construcción de la subjetividad de los sujetos y el imaginario social de los colectivos. Este está presente en toda organización social. Al igual que la Fundación Pro Salud, nos posicionamos desde un Enfoque de Derechos, que tiene en cuenta los derechos universales de todas las personas, con una visión integral e intersectorial. Nos vamos a enfocar en el derecho humano de la salud.

La Ley de Salud Mental N° 26657 es una legislación argentina que fue sancionada el 25 de noviembre del año 2010 y confirmada en el Código Civil de 2015. La misma cuenta con el apoyo de distintas organizaciones nacionales, regionales y mundiales, y cumple con los lineamientos de la OMS y la OPS (Organización Panamericana de Salud). Esta ley asegura el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas. Se establece que las personas con padecimiento mental deben ser atendidas en hospitales generales y no en instituciones psiquiátricas, a su vez la internación debe ser breve y notificada al juez.

También se encuentran incluidas en esta ley las personas con usos problemáticos de drogas. En el capítulo 1°: Derechos y garantías, específicamente en el artículo 3° se menciona que:

En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona

Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas.

En ningún caso puede hacerse diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de:

- a) Status político, socio-económico, pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso;
- b) Demandas familiares, laborales, falta de conformidad o adecuación con valores morales, sociales, culturales, políticos o creencias religiosas prevalecientes en la comunidad donde vive la persona;
- c) Elección o identidad sexual;
- d) La mera existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización. (p.10-11)

Otro punto importante es el artículo número 4°, el cual es el único que está dedicado a las adicciones. El mismo hace mención a que:

Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud. (p.11)

Las adicciones en la infancia y adolescencia configuran un campo específico dentro del fenómeno adictivo puesto que su devenir condiciona el desarrollo futuro de una sociedad. Teniendo en cuenta esto, tomamos la Ley N° 23.849.

La Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) es el tratado internacional adoptado por la Asamblea General de Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989, que reconoce a todas las personas menores de 18 años como sujetos de pleno derecho. Esta convención es ratificada por el Estado Argentino y se incorpora en sus legislaciones a partir de la Ley 26.061 de Protección Integral de los Derechos de la Niñas, Niños y Adolescentes sancionada en 2005 establece la aplicación obligatoria de la Convención. Por lo cual, el Estado argentino está obligado a garantizar todos los derechos establecidos en la Convención a todos los niños, niñas y adolescentes que viven en nuestro país.

En la CDN (1989) el Derecho a la salud y servicios médicos, en el artículo **24°**, establece que:

1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios. (p. 17)

También se establece en el artículo 33° que:

Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas, incluidas medidas legislativas, administrativas, sociales y educacionales, para proteger a los niños contra el uso ilícito de los estupefacientes y sustancias sicotrópicas enumeradas en los tratados internacionales pertinentes, y para impedir que se utilice a niños en la producción y el tráfico ilícitos de esas sustancias. (p. 24)

Por lo tanto, los niños, niñas y adolescentes tienen derechos a ser protegidos del uso de estupefacientes y sustancias psicotrópicas, y se impedirá que estén involucrados en la producción o distribución de tales sustancias.

Por último, considero pertinente, tener en cuenta la Ley N° 25895/2004: Prevención e información sobre la drogadicción. Esta se trata de una modificación a la ley N° 23.358. En la misma se establece la inclusión en los planes de estudio de los niveles de enseñanza primaria y secundaria los contenidos necesarios con el fin de establecer una adecuada prevención de la drogadicción. A su vez capacitación sistemática a los docentes, según los lineamientos de la educación preventiva.

También se incorpora que la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y de la Lucha contra el Narcotráfico, prestará entera colaboración técnica y trabajará en forma coordinada con los diferentes organismos públicos para el efectivo cumplimiento de la presente ley.

## **8. MODALIDAD DE TRABAJO**

## 8.1 SISTEMATIZACIÓN DE EXPERIENCIAS

La modalidad de trabajo utilizada en el presente trabajo será un abordaje cualitativo llamado Sistematización de Experiencias. Oscar Jara (1994) la define como:

Aquella interpretación crítica de una o varias experiencias que, a partir de su ordenamiento y reconstrucción, descubre o explicita la lógica del proceso vivido en ellas: los diversos factores que intervinieron, cómo se relacionaron entre sí y por qué lo hicieron de ese modo. La Sistematización de Experiencias produce conocimientos y aprendizajes significativos que posibilitan apropiarse de los sentidos de las experiencias, comprenderlas teóricamente y orientarlas hacia el futuro con una perspectiva transformadora. (p. 4)

Siguiendo con el planteamiento del autor en sí se trata de un proceso de reflexión e interpretación crítica sobre y desde la práctica, específicamente sobre una experiencia en particular. Por tanto, la experiencia es la que permite obtener conocimientos consistentes y sustentados, para luego poder comunicarlos, confrontar la experiencia con otras y con el conocimiento teórico existente, y así contribuir a una acumulación de conocimientos generados desde y para la práctica. (Jara, 1994)

El objeto a sistematizar entonces es la experiencia misma, la cual Jara (2006) la define como:

Son procesos vitales en permanente movimiento, que combinan dimensiones objetivas y subjetivas: las condiciones del contexto, las acciones de las personas que intervienen, las percepciones, sensaciones, emociones e interpretaciones de cada actor y las relaciones personales y sociales entre ellos. (p. 7-8)

También son procesos históricos, sociales, complejos, únicos y vitales (son inéditos e irrepetibles), además de dinámicos, en permanente cambio y movimiento. Por todo lo anterior es que es tan importante poder comprenderlas, apropiarnos de las mismas para extraer sus enseñanzas y compartir lo aprendido con otras personas.

Bernachea García M. y Morgan Tirado M. (2010) plantean que “las experiencias que se sistematizan poseen a actores diversos, con intereses, lógicas y racionalidades distintas. Los



saberes que están en juego también son distintos y se expresan en discursos que no siempre pueden dialogar entre sí.” (p. 104), entonces las dimensiones ideológicas y afectivas son parte integral de las propuestas de acción, por lo tanto, deben ser incorporadas en su sistematización. Por lo tanto, lo que sistematizamos serán todas las experiencias vividas durante la práctica en la fundación Pro Salud.

Siguiendo con los autores. estos han afirmado lo siguiente:

Se asume que quienes producen conocimientos sobre una práctica son, a la vez, actores de ésta. Se parte de la unidad entre sujeto y objeto del conocimiento: el sistematizador pretende producir conocimientos sobre su propia práctica, sobre sí mismo y su acción en el mundo (que transforma su entorno y lo transforma a él); forma parte, de aquello que quiere conocer y desarrolla una acción intencionada que busca la transformación. [...] Quien sistematiza, debe percibirse como ser actuante, entender los motivos de la acción y al mismo tiempo, entenderse a sí mismo y a otros dentro de ella. En este juego se construyen y legitiman de manera colectiva significados que son usados por los agentes y reproducidos en el curso de la interacción social, a través del lenguaje. [...] A su vez, la sistematización se basa en la unidad entre quien sabe y quien actúa, no se pretende sólo saber más sobre algo, entenderlo mejor; se busca, de manera fundamental, ser y hacer mejor: el saber está al servicio de ello. (Bernachea y Morgan, 2010, p. 103)

Es importante destacar que los procesos de sistematización:

Requieren de sujetos autónomos capaces de plantearse problemas, de aplicar sus saberes sin aferrarse a los conocimientos tradicionales, institucionales o previamente regulados [...] un sujeto emancipado [...] un sujeto capaz de construir un saber crítico, preparado para distanciarse de conceptos y planteamientos ciertos y supuestamente acabados (Ghiso, 2006, p.42)

Para ello es importante desarrollar procesos de reflexión en la acción, para poder comprender las situaciones, orientarse en ellas y actuar adecuadamente. No hay que olvidar que las acciones de las personas no solo modifican el entorno, sino también a ellas mismas también.

## 8.2 CARACTERIZACIÓN DE LOS SUJETOS

Los sujetos, es decir, la población con la que se realizó la mayoría de experiencia son niñas, niños y adolescentes. El proyecto CCN fue implementado en escuelas públicas de nivel primario de la provincia de Córdoba y el total de los estudiantes participantes de la experiencia fue de 69 alumnos, quienes se encontraban en cuarto, quinto o sexto grado, por lo que tenían entre nueve y doce años de edad. La mayoría de estas escuelas se hallaban en acciones consideradas de alto riesgo psicosocial para los alumnos, principalmente debido a su proximidad a regiones con limitados recursos socio económicos.

El proyecto GBL convocó a adolescentes y jóvenes, tanto de colegios de Córdoba capital como del interior de la ciudad. aproximadamente participaron 150 chicos y chicas.

## 8.3 TÉCNICAS EMPLEADAS

Los métodos y técnicas de recolección de datos que se utilizaron son la observación participante, el registro de campo y el taller.

Guber (2001) define a la observación participante como “el medio ideal para realizar descubrimientos, para examinar críticamente los conceptos teóricos y para anclarlos en realidades concretas, poniendo en comunicación distintas reflexividades” (p.62). Además, según el autor el propósito de esta es identificar situaciones en la que se manifiestan y generan universos culturales y sociales, considerando su intrincada interacción y diversidad. El autor explica que la misma consiste principalmente en:

Dos actividades: observar sistemática y controladamente todo lo que acontece en torno del investigador, y participar en una o varias de las actividades de la población. Hablamos de "participar" en el sentido de "desempeñarse como lo hacen los nativos", de aprender a realizar ciertas actividades y a comportarse como un miembro de la comunidad. La participación pone el énfasis en la experiencia vivida por el investigador en relación con su objetivo de integrarse a la sociedad estudiada. Lo que en todo caso

se juega en la articulación entre observación y participación es, por un lado, la posibilidad real del investigador de observar y/o participar -lo que, como veremos, no depende solo de su decisión-; y, por otro lado, la fundamentación epistemológica que el investigador ofrece de lo que hace. (Guber, 2001, p. 52-53)

En cuanto a los dispositivos grupales que se utilizaron, el taller se presenta como un dispositivo que va más allá de una mirada centrada en el individuo-problema, incorporando la dimensión institucional, el contexto y a los distintos actores implicados. Es una herramienta que permite diseñar un espacio para la co-construcción, trabajando junto con los demás. En este espacio, logramos un “aprender haciendo” a través de la realización de un proyecto en el que todos los implicados tienen un protagonismo. (Leoz et al., 2020)

Según Piola (2020), el taller proporciona las siguientes posibilidades:

1. Abordar las problemáticas que se presentan en lo coyuntural, pero también aquellas que necesitan ser pensadas de modo prospectivo. Es decir, nos permite resolver las dificultades presentes tanto como delinear estrategias de prevención hacia el futuro.
2. Fomentar las potencialidades creativas e instituyentes de los seres humanos, en la medida que ofrecen lugares donde es preciso subjetivarse.
3. Resignificar la función de la grupalidad en la construcción de conocimiento.
4. Abrir espacios para la elaboración colectiva del malestar, en virtud de que pueda construirse conocimiento sobre él.
5. Objetivar las problemáticas, tomando una distancia necesaria para dar el paso al pensamiento y el juicio crítico. (p.33)

A su vez, algunos autores hacen referencia a lo que ocurre y circula durante los encuentros o módulos del taller:

En el taller se conjugan momentos que convocan a distintas dimensiones de nuestro psiquismo: el mundo íntimo y privado, presente en cada aporte de los sujetos y en los momentos de retorno sobre sí mismo; el mundo compartido con unos pocos presentes en lo intersubjetivo-grupal y el mundo público compartido sin mayores restricciones. Estos se hacen presentes en los distintos momentos que incluye el desarrollo de un taller: en cada propuesta de trabajo individual, en pequeño grupo y en plenario. (Leoz et al., 2020, p.28)

Aunque el dispositivo taller es sumamente versátil y ofrece numerosas oportunidades creativas, al adaptarse a diversos propósitos, participantes, plazos y lugares, es esencial no pasar por alto la importancia de una planificación previa de cada encuentro. Esta planificación debe contemplar los objetivos que se persiguen en cada taller, el marco de trabajo previsto y la dimensión temporal de cada propuesta. (Leoz et al., 2020)

El contenido recopilado a través de todas las técnicas se ha documentado en los registros diarios. En ellos se consolidan diversas facetas, como las prácticas y experiencias, quien participó y como lo hizo, los gestos y movimientos, así como la forma en que se recepta la información. Sin embargo, también se abarcan las sensaciones y emociones del individuo que lleva a cabo el registro, como la ansiedad, el asombro, el cansancio y la curiosidad, entre otras. Por lo tanto, la acción de registrar involucra la realización de múltiples tareas, que van desde observar y recuperar información hasta construir e interpretar, siendo consciente desde el principio que estas anotaciones serán inherentemente fragmentarias e incompletas. (Rodigou, 2003).

Como señala Cifuentes (2011) el acto de registrar es de gran importancia tanto como hábito y como estrategia, ya que promueve un análisis reflexivo, crítico y orientado hacia soluciones en relación con la experiencia vivida, con el objetivo de que esta sea relevante en un contexto social más amplio. Los registros ofrecen a los profesionales la oportunidad de pasar de ser simples actores en sus experiencias a convertirse en autores de las mismas, ya que permiten reflexionar sobre lo vivido de manera que se reconozca, se explore, se proyecte, se aprenda y se trascienda. Para el autor el acto de escribir y leer estos escritos personales facilita la construcción de significado, el diálogo interno, la adquisición de conocimiento, la comprensión y la interiorización de las experiencias, lo que implica un proceso de lectura y exploración profunda de la información que los conforma.

#### **8.4 CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Este proyecto de sistematización de experiencia se enmarca dentro de los principios y valores éticos establecidos por el Código de Ética del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba (2016) y el Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina

(FePRA, 2013). Ambos se corresponden con el respeto por los derechos y dignidad de las personas, como así también al cumplimiento de las normas deontológicas, tales como obtener el consentimiento informado de las personas participantes, el mantenimiento del secreto profesional aún después de finalizadas la práctica, la responsabilidad en las relaciones y el compromiso de que este proyecto se realizó para el avance del conocimiento con una perspectiva transformadora. Por lo tanto, cuando se mencionan instituciones educativas o personas vinculadas a ellas, se utilizan letras o iniciales en lugar de nombres completos para preservar su anonimato.

Por último, es importante destacar que la Fundación Pro Salud opera en colaboración con otras organizaciones, promoviendo la idea de trabajar en red. Se alienta al equipo técnico y docentes a buscar apoyo externo si se identifican situaciones que van más allá de nuestras capacidades o competencias. Esta colaboración con otras instituciones es clave para brindar un apoyo integral a quienes lo necesitan.

## **9. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA**

## 9.1 RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO

La experiencia de la práctica arrancó el 11 de abril del año en curso, luego de haber quedado seleccionada en el contexto sanitario, para realizar las prácticas pre profesionales en FPS. Cabe recordar que nuestro inicio fue el más rápido, porque el equipo técnico de la fundación ya había comenzado con varios de sus proyectos.

Aquel día asistimos al primer encuentro en el Hospital de Clínicas junto con el grupo de practicantes de la UCC, para tener una reunión con el equipo técnico. Allí había voluntarios, practicantes de otras universidades, profesionales psicólogos y la directora de la fundación, los cuales nos recibieron de una manera muy cálida y cordial. La primera reunión transitó en presentarnos a nosotros y a la fundación e introducirnos en los objetivos de la misma, su perspectiva de trabajo y modos de pensar. Como mencioné anteriormente, el equipo ya se encontraba trabajando hacia un tiempo, por lo que fueron muy amables al comunicarnos lo que habían hecho y estar dispuestos a brindarnos ayuda, información para ponernos al día. Desde un primer momento el clima cálido de trabajo y compañerismo se logró percibir fácilmente, dando como resultado la conformación de un equipo de trabajo comprometido, responsable y activo.

Desde un principio nuestra práctica tenía establecida la incorporación al proyecto CCN. La participación en este dispositivo me intrigaba, no solo por mi interés, curiosidad, en el fenómeno de las adicciones sino por la esencia diferente de este dispositivo preventivo enfocado en la salud. Además de que consideraba que era una posibilidad de llevar a la práctica conocimientos adquiridos a lo largo de la carrera, como aquellos relacionados a la Psicología Sanitaria, Psicología Educativa, entre otras.

Las reuniones del equipo técnico se realizan periódicamente todos los lunes de 9 a 11 hs. Aquellas eran para preparar los talleres y actividades para los proyectos correspondientes, fueron encuentros donde hacemos una especie de “cadena creativa” para compartir material, noticias, información relacionada a nuestro campo, planificamos y evaluamos las actividades, además de seguir capacitándonos en el fenómeno adictivo y problemática compleja. Generalmente en la semana se compartía material bibliográfico de estudio, interés y los lunes lo trabajamos, debatimos y ponemos en común.

En el primer periodo trabajamos mucho en un proyecto de investigación que el equipo ya venía realizando: *“Hábitat urbano, consumo de sustancias y construcción de sentido”*. La investigación consiste en hacer un registro territorial de la zona centro de Córdoba acerca de la simbolización sobre sustancias psicoactivas que hay en negocios como vinotecas, grows shops, tabaquerías e instituciones, centros de salud, escuelas, etc. La problemática en que se enfocó el estudio fue la existencia de la asociación directa entre accesibilidad, pautas publicitarias, desarrollo de creencias y hábitos de vida, como el mercado incremento en la oferta y consumo de sustancias psicoactivas apareja problemáticas biopsicosociales

En un primer momento se estudió la presencia de grows shops en la ciudad de Córdoba, su oferta y estrategias de marketing, para analizar la relación entre la oferta de insumos para cultivo y la predisposición a su consumo posterior. Nosotros, los practicantes de la UCC, contribuimos con actividades que hacían falta, tales como: relevamientos a grows shops, toma de entrevistas semiestructuradas a vendedores, entrega de avales a ciertos referentes, etc. Los resultados preliminares de la misma denotan en cuanto a la disponibilidad del hábitat urbano existe una escasez comunicacional respecto a contenidos que promuevan hábitos saludables, que los proyectos de promoción de la salud tienden a dirigirse hacia el fomento de la alimentación saludable, en tanto paralelamente hay abundante evidencia acerca de metodologías muy eficientes que promueven el consumo, además de que, existe una ausencia de proyectos específicos sobre prevención de adicciones. A su vez el 46% de los locales encuestados tenían frases que incitaban al consumo y en ninguna de las carteleras promocionales se hace referencia al uso de la marihuana medicinal, que es el que consta ante el reprocam.

Esa investigación unos meses después se presentó en la *“Jornada de Prevención de adicciones: reflexiones sobre el contexto actual e innovación en estrategias de abordaje”*, que la llevó a cabo la directora de la fundación. La misma se realizó en la semana de la prevención mundial de las adicciones y contó con la participación especial del Programa niñez y juventud, la Defensoría de los Derechos del niño, niña y adolescentes, directoras de escuelas del nivel primario (municipal y provincial), Escuela de salud Pública, la Secretaría de extensión de la UNC, estudiantes, entre otros.

También participamos de charlas virtuales con reconocidos profesionales de la salud, como, por ejemplo, Rubén Baler, Manuel Isorna y Gabriela Richard sobre las neurociencias,



los efectos que tienen las drogas sobre el cerebro, el mercado, la sociedad de consumo y cannabis.

Ya llegando al mes de mayo, empezamos a trabajar en las escuelas para llevar adelante el proyecto CCN. Para ello formamos duplas de trabajo, en lo posible hombre y mujer, y a cada una se le asignó dos instituciones educativas. A mi grupo le asignaron una escuela provincial ubicada en Barrio San Vicente y otra en Barrio Jardín, ambas de nivel primario.

En un principio realizamos reuniones con los directores de las mismas para acordar cómo íbamos a trabajar, plantear objetivos e ideas centrales del proyecto, además de conocer a la institución y población estudiantil. Sin embargo, comenzamos recién a finales de este mes y principios del próximo, porque muchos procesos legales, como el convenio con las escuelas, estaban demorados por la aprobación de los CPC, municipios e inspectores de zona. Aquella fue una de las primeras dificultades con que nos encontramos, que no dependen de nosotros, pero que sí nos condicionaron, ya que sin las autorizaciones ningún proyecto podía arrancar.

En una de las escuelas, ubicada en San Vicente, el arranque del proceso fue más sencillo porque ya se había realizado el proyecto el año anterior, por lo tanto, estaban más familiarizados con el mismo.

Nuestro trabajo consistió en llevar adelante los talleres con el curso asignado, también interactuamos con las docentes, directora, referentes barriales y familias, además de construir/afianzar las redes que posee la escuela con otras instituciones (escuelas secundarias, centros de salud, CPC). Considero que el trabajo más arduo fue lograr que la escuela se apropie del proyecto, lo incorpore a su currícula y pueda llevarse a cabo sin la presencia del equipo de Pro Salud.

En ambos colegios el taller CCN pudo realizarse de manera completa (los 8 módulos), incluido el encuentro solamente con referentes comunitarios y familias. De igual manera durante el proceso de los proyectos nos encontramos con desafíos en la sucesión de los talleres, como por ejemplo, grupos donde no se sentían a gusto con algunas actividades planeadas, como con ciertos juegos o lecturas de cuentos, a su vez también niños con diagnósticos diversos como por ejemplo autismo, dificultades en el aprendizaje, discapacidad motriz, además de que algunos docentes se tomaron licencia por enfermedad por lo que varios días no había clase. Algunas de las barreras que dificultaban a participación en actividades como jugar eran la falta de accesibilidad física, donde los juegos o lugares muchas veces no estaban diseñados para ser

accesibles para todos; barreras en la comunicación en el sentido que había alumnos que tenían dificultades para comunicarse y expresarse, lo que también limitaba su participación en actividades grupales y escolares; entre otras. Aquello nos llevó a poder repensar y adaptar todas aquellas actividades y juegos a cada grupo para que el dispositivo sea accesible de manera universal y poder trabajar los emergentes que iban surgiendo en el momento (la empatía, respeto, convivencia, angustia).

La experiencia fue muy satisfactoria, los niños y niñas pudieron aprender sobre cómo funciona el cerebro, los efectos que tienen las drogas en nuestro cuerpo, que lo que es saludable nos hace sentir bien, a trabajar en equipo, a potenciar sus recursos socio afectivos para la toma de decisiones, identificar a las docentes como referentes institucionales implicadas en sus problemáticas junto con reflexionar con las familias sobre el desarrollo de vínculos y hábitos más saludables.

En una de las instituciones, la que se encuentra en el Barrio Jardín, el proyecto logró un paso más: que los niños se conviertan en promotores de la salud para la comunidad, sus familias, compañeros, docentes y vecinos. Esto se pudo llevar a cabo a través de la feria de ciencias que organiza la escuela. Entre todo el curso se eligió el último módulo del proyecto CCN: Mundo Saludable para exponer y contar a los demás lo aprendido durante todo el taller. Los niños tomaron un rol protagónico y activo durante ese día, invitando a los visitantes a pensar un mundo más saludable sin drogas. Las personas que visitaban el stand, al final del recorrido luego de observar los dibujos de los niños, debían escribir en un mundo grande una frase o un deseo que quisieran aportar para que el mundo fuera mejor.

Sin embargo, pese a las posibilidades que demostró tener el proyecto en ambas escuelas también observamos algunas debilidades o aspectos a mejorar. Entre ellas nos encontramos que las dificultades en la realización y objetivos del proyecto estuvieron en la consolidación o inicio de proyectos institucionales que integren estos ejes temáticos afines a la promoción de la salud y la prevención de las adicciones; y en construir redes institucionales y sociales más fuertes, como recursos comunitarios que den soporte al proyecto escolar.

Durante este tiempo también tuvimos la oportunidad de participar en diferentes actividades, de la mano de la directora de la fundación y referente del contexto de prácticas. Asistimos a conferencias virtuales sobre salud mental dictadas por reconocidos referentes profesionales como, por ejemplo, Alicia Stolkiner; jornadas de actualización profesional

organizadas por la dirección de Salud Mental de la Municipalidad de Córdoba; conversatorios y clases abiertas de posgrado.

En el mes de agosto a su vez, asistimos al cuarto congreso RAAC organizado por la Secretaría de prevención y asistencia de adicciones, del Ministerio de Salud de la provincia de Córdoba. El mismo tiene como ejes temáticos: la prevención comunitaria, la asistencia, medicina de las adicciones, entre otros.

Durante ese mes, cuando los talleres del CCN ya estaban terminando empezamos a trabajar en otro proyecto de la Fundación: Gente Bicho de Luz. El mismo consiste en un concurso de videos, afiches y cómics sobre prevención de adicciones. La directora de la fundación nos solicitó ser parte de la coordinación operativa del proyecto.

Este proyecto invita a participar a chicos y chicas de entre 9 y 24 años que tengan ganas de ayudar a otros con mensajes de aliento y prevención sobre un tema que es importante para las personas, las familias y el mundo: la prevención del consumo de sustancias psicoactivas. Se puede participar de manera individual o en grupos de tres a seis integrantes. La idea es que elijan a un tutor o tutora para que los acompañe en todo el proceso, que los grupos puedan ponerse un nombre de fantasía (seudónimo) y poder seleccionar un tema para realizar la producción creativa: afiche, video o cómic.

Existen diferentes categorías preestablecidas según corresponda la edad de los participantes: naranja (9 a 12 años), verde (13 a 18 años) y violeta (19 a 24 años). Los niños y adolescentes que participen pueden representar o no a una institución –escolar, vecinal, religiosa, deportiva, etc.-, pueden participar también grupos de amigos, parientes, vecinos. La temática central es la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y se la puede abordar articulando con temas sexualidad y convivencia, de manera tal que se emita un mensaje que refleje el impacto que el consumo de sustancias tiene sobre los hábitos saludables tanto individuales como colectivos.

El proyecto GBL opera como un dispositivo preventivo multidimensional, adecuado para colaborar con la labor escolar y favorecer el desarrollo de vínculos saludables en la familia y la comunidad. Estimula a niños y jóvenes a ser partícipes en torno a acciones concretas, que permiten expresar sus ideas y sentimientos sobre temas que les preocupan, con una proyección solidaria: hacer algo que ayude a otros. Este aspecto, les permite ubicarse en un lugar protagónico, activar procesos resilientes y ser “Gente Bicho de Luz”.

Anteriormente estuvimos llevando a cabo la difusión del mismo, invitando a diferentes escuelas e instituciones a sumarse y definiendo los premios del mismo con auspiciantes, adherentes. También definimos quienes serían el jurado del concurso y el lugar donde se llevaría adelante el evento final.

A principios de septiembre, comenzamos con el dictado del curso: Red de Líderes en Salud Comunitaria. Este curso está orientado a capacitar jóvenes como educadores entre pares para la realización de actividades preventivas en organizaciones de la comunidad y escuelas según proyectos institucionales en desarrollo. Está destinado a docentes, preceptores y grupo de jóvenes operadores comunitarios. Tiene una duración de 3 jornadas, con frecuencia semanal. El primer módulo se llamó: Ser joven: lo que preocupa, lo que se puede, lo que se sueña. Proyectos y proceso de toma de decisiones. Se trabajó específicamente sobre los objetivos del mismo, la toma de decisiones, las modas, los modelos de identificación y los vínculos. El segundo módulo: las adicciones en la perspectiva del derecho a la salud. Allí especialmente abordamos la temática de drogas, haciendo énfasis acerca de la prevención del problema y cómo ayudar cuando ya está instalado. El tercer y último módulo se centró en la sexualidad responsable y desafíos para el abordaje integral del fenómeno adictivo. Se trabajó también sobre los jóvenes y las redes comunitarias, el trabajo en equipo, entre otras cosas. La experiencia y participación en el curso nos permitió trabajar con una población adolescente más grande en comparación con el que solíamos trabajar anteriormente. Esto nos permitió mantener diálogos y debates de un alcance diferente, con mayor profundidad. Además, la experiencia fue valiosa ya que nos sumergió en roles organizativos y logísticos relacionados con la planificación y ejecución del evento. Por último, al abordar el tema de la sexualidad, esta experiencia se alineó de manera coherente con nuestro compromiso continuo de promover la Educación Sexual Integral (ESI).

Durante los últimos dos meses realizamos el cierre del proyecto GBL. Trabajamos en la recepción de todos los trabajos hasta el armado y la realización del evento final donde se conocieron a los ganadores del concurso, entregaron los certificados a todos los niños y adolescentes, referentes e instituciones, que participaron en todos los proyectos de la fundación a lo largo del año.

Para finalizar, es importante mencionar que todos los procesos referidos anteriormente fueron acompañados y supervisados por la docente a cargo del contexto sanitario: Noel Arcusin. Los espacios de supervisión fueron enriquecedores para trabajar lo vivenciado en las prácticas,

pensar nuestro rol, articular conceptos teóricos y técnicos del mismo, además de compartir y trabajar conjuntamente con compañeros que realizan las prácticas en otras instituciones.

## **9.2 ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA**

### **9.2.1 Dispositivos tendientes a la prevención de adicciones**

A fin de abordar analíticamente el primer objetivo específico planteado consistente en describir la diversidad de herramientas e instrumentos que la Fundación Pro Salud utiliza para la prevención de adicciones, opté por seleccionar dos proyectos distintos llevados a cabo durante el año 2022: Cuenten con Nosotros y Gente Bicho de Luz. El motivo de esta elección reside en que fueron los espacios en los cuales tuvimos una participación significativa, ya que participamos en ellos de principio a fin estando presentes en todas las etapas, desde la planificación inicial hasta la ejecución, desarrollo y finalización.

Richard (s/f) plantea que el problema de las adicciones afecta a un número significativo de personas desde una edad temprana, lo que implica que la inclinación y prácticas relacionadas con el consumo de sustancias comienzan a manifestarse en la infancia. Esto subraya la necesidad de implementar estrategias de prevención de manera sistemática durante esta etapa de la vida. En este contexto, es fundamental reconocer la influencia de la cultura del consumo y el papel esencial de la educación para cultivar actitudes reflexivas y críticas en los niños.

El proyecto CCN, como mencionamos anteriormente, se orienta hacia la prevención primaria y selectiva, en el sentido de que trabaja con niños y niñas que todavía no consumen sustancias psicoactivas, para evitar o retrasar su inicio, contrarrestar los factores de riesgo y desarrollar procesos protectores en ellos. El mismo se desarrolla en el ámbito educativo, específicamente en escuelas de la provincia de Córdoba y utiliza la prevención inespecífica, es decir, busca contribuir de manera general a la prevención de adicciones. A través de diversas actividades, aborda temas más amplios que no están directamente relacionados con el fenómeno de las drogas, pero que se dirigen a trabajar en los factores que influyen en esta problemática.

Entre las herramientas e instrumentos específicos utilizados se encuentran: el taller, la lectura de cuentos y juegos.

El segundo proyecto GBL, también trabaja con prevención primaria y secundaria, en el sentido de que se plantea evitar que aparezca una enfermedad o problema de salud (las adicciones) y disminuir la prevalencia en los jóvenes. También este proyecto utiliza la prevención específica, porque través del concurso surgen campañas para instalarse en los medios de comunicación referidas específicamente a las adicciones. Por lo tanto, se la vincula directamente con el fenómeno, se la identifica con información sobre los riesgos y daños de determinadas sustancias y conductas, junto con la aparición del problema, para brindar conocimientos que fomenten actitudes y hábitos de “vida sana”, entre otras acciones y objetivos. La estrategia prevención que se pretende en este proyecto es universal, con estrategias de información, sensibilización y generación de alternativas.

### **9.2.2 El taller como dispositivo habilitante de la prevención**

Con el paso de los años, dos cuestiones han sido constantemente relegadas: la prevención y la salud mental. Es crucial entender que la prevención implica un enfoque metodológico que utiliza estrategias para empoderar a los recursos y convertirlos en agentes que promuevan el cuidado y la salud. (Videla, 2009)

A lo largo de la práctica, en las reuniones con el equipo técnico e intercambios con directivos escuchamos diversas demandas hacia las escuelas, que van desde su rol como transmisoras de conocimientos hasta abarcar las problemáticas a las que se enfrentan los niños y adolescentes a diario, como el bullying, las drogas, la violencia, entre otras.

Sin embargo, en la mayoría de los colegios provinciales donde se implementó el proyecto CCN, no existía previamente ningún proyecto, actividad o espacio que abordara la problemática del consumo de sustancias. Por lo tanto, el CCN se presentó como un espacio novedoso en estas instituciones educativas, que a menudo algunas se encontraban desorientadas debido a la urgencia de las problemáticas, el trabajo aislado, sin saber por dónde empezar.

Nuestros encuentros se caracterizaban por la disposición en forma de ronda, el contacto visual y el movimiento dentro y fuera del aula. Desde el momento en que llegábamos al salón y proponíamos acciones como mover los bancos, los estudiantes comenzaban a motivarse y a ser más activos para romper con la rutina diaria. Se construía un clima y un espacio diferente que nos llevaba a inquietarnos, replantearnos y reflexionar sobre lo que sucedía en el presente.

El dispositivo taller nos aportó la riqueza de llevar adelante trabajos en grupo, en plenario y también de manera individual. Los mismos intentaron promover lo saludable, conectar con sentimientos y emociones, reflexionar sobre el mundo actual, las elecciones, entre otras, logrando una apropiación colectiva del espacio para llevar adelante un trabajo significativo. Por lo que, cuando el grupo se da cuenta de que posee conocimientos y que tienen capacidad de decirlo, también comparte lo que sabe con otros. Dentro de ese conocimiento, algunos conceptos son acertados y otros son influenciados por mitos y prejuicios. En este contexto, es el propio grupo el que los confirma o corrige. De esa manera, se va desarrollando una conciencia crítica que es reflexiva en sí misma. Esta conciencia permite a las personas ver cómo pueden abordar sus problemas de salud en su comunidad o población. (Videla, 2009)

El dispositivo nos permitió resolver también las dificultades que surgían a medida que se proponían y desarrollaban las actividades. Por ejemplo, debimos adaptar algunas actividades para hacerlas más inclusivas, las modificábamos cuando había un número reducido de participantes y abríamos espacios para la elaboración colectiva de los malestares que podían surgir en torno a temáticas difíciles o dolorosas. De esta manera, fomentábamos habilidades y potencialidades creativas e instituyentes de los seres humanos.

Los practicantes encargados del taller, asumimos el papel de animadores, buscando incitar, motivar e interesar a los estudiantes para que participen y muestren sus capacidades y potencial. Al implementar el taller, no solo se fomentaba el diálogo entre los participantes generando preguntas y permitiendo la exposición libre de diferentes puntos de vista para la negociación de las acciones, la definición de los propósitos comunes, las funciones de los miembros y las metas por alcanzar, sino que también se lograba poner en marcha el cuerpo como medio de expresión, en ocasiones para comunicar aquello que no se desea verbalizar.

Mirta Videla (2009) plantea que:

Quienes trabajan en prevención son muchos más modestos en sus aspiraciones, ya que no pretenden cambiar la realidad, ni curar a nadie, como tampoco ser los

iluminados de la mente del otro, ni los poseedores de la clave traductora de la historia de los demás. Lo que se pretende es poder contribuir con nuestras estrategias técnicas y nuestro marco teórico de referencia, a que la gente pueda preparar, aparejar y disponer sus recursos para enfrentar un problema, una crisis o un sufrimiento que ha sido previamente definido, circunscripto o diagnosticado por ellos mismos. Eso es prevención en salud comunitaria. (p. 49)

El taller fue un dispositivo habilitante de la prevención y promoción de la salud, porque nos permitió crear un espacio para darle escucha a lo que sucedía y reflexionar en conjunto sobre las realidades que se encuentran a su alcance, su entorno sobre el cual poseen suficiente información y la sociedad actual. Fue facilitador de procesos salutogénicos en el sentido que se promovió el desarrollo de habilidades para la vida, como actitudes reflexivas y críticas sobre la vida cotidiana y el fomento de valores sociales. Un ambiente psicosocial positivo en la escuela puede tener un impacto beneficioso en la salud mental y el bienestar de los estudiantes más jóvenes. Los elementos claves de este entorno incluyen la presencia de una atmósfera amigable, satisfactoria, de apoyo y cooperación, el uso de métodos de aprendizaje activo, la prohibición del castigo físico y la desaprobación de conductas violentas. (Martínez, 2009)

En estos encuentros, se buscó que la prevención sea situada en las realidades y sistemas de referencia de los niñas y niños participantes, en un espacio cuidado que brinde un marco de respeto hacia cada sujeto, acogiendo lo que surge en cada encuentro, lo que los estudiantes comparten y valorando las acciones y expresiones de todos.

### **9.2.3 La lectura de cuentos como herramienta para la prevención comunitaria**

El taller CCN utiliza como herramienta de enseñanza, aprendizaje y reflexión a los cuentos. En la lectura de los mismos, historias y fábulas aparece en casi todos los módulos del proyecto. El hecho de escuchar atentamente un cuento, compartirlo con sus pares (la actividad es de tipo grupal), expresar ideas en torno a él, realizar actividades posteriores a la lectura invita a trabajar la escucha, concentración, atención, comunicación y análisis reflexivo. Algunos de los cuentos que se utilizaron son: fábula de “La hormiga y la cigarra”, cuento “Las semillas”, “Asamblea en la carpintería”, “Los monos babuinos”, entre otros.



El cuento es una herramienta educativa versátil que puede aplicarse en diversas áreas y contenidos. Su uso permite un enfoque interdisciplinario y es especialmente beneficioso en la Educación Primaria, donde los niños suelen estar inmersos en su mundo imaginativo. Al interactuar con los cuentos, los niños y niñas pueden identificarse con los personajes y aprender nuevos conceptos. (Pérez Molina et al., 2013)

A modo de ejemplo algunos de los temas y moralejas que enseñan los cuentos que utilizamos en el CCN son:

La fábula de “La hormiga y la cigarra” nos invita a reflexionar sobre el valor del esfuerzo, la prudencia y planificación para el futuro, así poder dividir nuestro tiempo para que haya espacio para el ocio y el trabajo.

El cuento de la “Asamblea en la carpintería” resalta la idea del trabajo en equipo y cooperativo, centrándonos en las fortalezas en vez de las debilidades, entendiendo que todos tenemos cualidades que nos hacen valiosos y hay que trabajar con ellas para ser mejores.

Los cuentos no solo mejoran las habilidades lingüísticas, sino que también fomentan la adquisición de conocimientos y la creatividad. Por un lado, promueven la colaboración en grupo, ya que se establecen vínculos afectivos y sociales durante su exploración, por el otro, transmiten valores esenciales para la formación ciudadana y mejoran las relaciones interpersonales. También fortalecen la comunicación y la colaboración entre las familias y la escuela. Por lo tanto, es importante considerar a los cuentos no sólo como un medio de entretenimiento sino como una herramienta fundamental para la socialización y la identidad personal de cada alumno. (Pérez Molina et al., 2013).

A su vez, el CCN tiene la intención de que a través de los cuentos se realice una intervención comunitaria, es decir, que al momento de la lectura se invite a sumarse a los distintos referentes de la comunidad en la dinámica del taller para contribuir al desarrollo de las redes socio institucionales. Generalmente se tiene en cuenta a las instituciones cercanas de salud (Hospitales y dispensarios), políticas (Centros vecinales y Centros de participación comunal) y organizaciones sociales, clubes, además de las familias.

La coordinación intersectorial implica un llamado a la colaboración y cooperación entre los distintos sectores sociales y económicos. Se trata de una reorganización administrativa que busca el intercambio y la optimización de recursos existentes, uniendo esfuerzos en lugar de

crear nuevos programas separados. Así la educación, la salud y la economía, son áreas que mantienen una interacción constante en este proceso. (Videla, 2009)

Sin embargo, todas las veces que se realizaron reuniones e invitaciones para compartir las actividades de lecturas de cuentos ninguna pudo llevarse a cabo. Podemos hipotetizar que estos obstáculos recurrentes, sobre todo la falta de respuesta y organización, se deben a la dimensión de intereses diferentes y posicionamientos en juego que existen entre las instituciones educativas, sanitarias, políticas y sociales. El concepto de campo de Bourdieu (1987) nos sirve para entender que un campo es un ámbito social específico que está estructurado por relaciones de poder y reglas particulares que rigen la distribución y acumulación de diferentes formas de capital. Cada campo son espacios de juego históricamente constituidos con sus instituciones específicas y sus leyes de funcionamiento propias. En ellos, los actores compiten por diferentes formas de capital, como el económico, cultural y social. Este concepto es fundamental para comprender cómo se desarrollan las luchas, las desigualdades y las dinámicas de poder en la sociedad.

Además, hay que tener en cuenta que con los diferentes actores se requiere trabajar de forma interdisciplinaria, lo cual conlleva como plantea Stolkiner (2005) un posicionamiento, de trabajo sostenido y constante y por sobre todo grupal. La actividad interdisciplinaria, se inscribe en la acción cooperativa de los sujetos para trabajar en equipo y hacerle frente a los problemas actuales y posibilidades que vayan apareciendo.

En consecuencia, los campos de salud, educativos y sociales se caracterizan por su complejidad, con actores que no son neutrales, distribución de recursos desiguales, jerarquías y luchas por el poder, de modo que, es importante encontrar la forma de poder integrar y hacer dialogar esas lógicas e intereses distintos para que se lleve adelante la prevención de manera comunitaria, en este caso traspasando los muros de las escuelas.

Por lo tanto, los cuentos podrían ser un recurso para trabajar en prevención “con” la comunidad, lo que conlleva unos determinados niveles de implicación y de corresponsabilización de los técnicos y los representantes comunitarios.

### 9.2.4 Los juegos como motor de la corporalidad

En todas las escuelas que se realizó el CCN nos dimos cuenta que el juego motivaba mucho más, captaba más rápido la atención de los niños que cuando estamos parados y hablando frente al aula. Durante ese momento nosotros dejábamos de ser el centro para ser facilitadores y acompañar el proceso de enseñanza-aprendizaje. Para ello hacía falta crear un ambiente o entorno que estimule y habilite a los niños a jugar y participar ya sea dentro o fuera del aula.

Las técnicas lúdicas fueron creadas con la idea fundamental de motivar a las personas utilizando elementos nuevos y divertidos, sin apartarlas de las preocupaciones cotidianas. El objetivo era recrear las condiciones diarias de la vida, la familia y la comunidad, permitiendo a las personas jugar con su propia vida. Esto les brindaba la oportunidad de expresar y compartir sus experiencias, intercambiar puntos de vista, desmitificar conceptos erróneos y reflexionar de manera crítica sobre sus formas de vida. (Videla, 2009)

Existen muchos tipos de juegos, pero generalmente los juegos que se utilizaron en el CCN fueron didácticos, colectivos y dirigidos, la mayoría de roles, de atención, memoria y cooperativismo, sin la existencia de un ganador o un perdedor. Algunos de ellos son: el juego de la Marea, juego de las Neuronas, Teléfono descompuesto, Simón dice, entre otros. Además de brindar diversión, los juegos elegidos tuvieron la intención de desarrollar poner en marcha el cuerpo de los estudiantes, junto con el objetivo de propiciar la comunicación y socialización entre pares.

Durante los juegos, no solo nos enseñaban, sino que se enseñaban entre ellos y trataban de llegar a soluciones comunes, por lo que, el uso de juegos con reflexiones grupales constituye una experiencia sumamente enriquecedora. Esta estrategia de trabajo comunitario se centraba en nuestro papel de estimular el intercambio de ideas, facilitando que las personas compartieran sus conocimientos y experiencias comunes. El objetivo era buscar colectivamente la forma de reflexionar entre todos. (Videla, 2009)

Un aspecto relevante a señalar en torno a la implementación de las herramientas lúdicas, fue que determinados juegos ya estaban establecidos de antemano, por lo que, se utilizan y aplican en grupos con edades y características diferentes, sin antes realizar un diagnóstico

situacional que permita esbozar la singularidad del grupo, los sujetos e institución con que se trabaje. También en algunos juegos la dirección del mismo termina siendo autoritaria por los coordinadores, ya que el adulto decide todo lo que se debe hacer dejando afuera la posibilidad a los niños de actuar libremente. Para ello, es importante tener en cuenta el objetivo que persiguen los juegos, a quienes están dirigidos, el número de participantes, la duración, los materiales utilizados, entre otras cuestiones.

Para poder sortear estos obstáculos que pueden interferir en los procesos de participación, es necesario, que al momento de planificar conozcamos y tengamos información sobre la realidad con la que vamos a trabajar, realizando un diagnóstico de la situación inicial para orientar el conjunto de acciones que se llevarán a cabo, reduciendo el grado de incertidumbre. Es importante conocer a los diversos actores intervinientes, sus características, representaciones y condiciones de vida, es fundamental para lograr una activa participación en un proceso de aprendizaje en la acción.

Para ello De Lellis (2015) propone el concepto de Planificación Estratégica, la cual se concibe como:

Un proceso dinámico, que no termina con la formulación de un plan determinado, sino que implica reajuste permanente en medios, actividades y fines. a través de los cuales un actor en permanente cambio (ej: equipo de salud) trata de incidir sobre una realidad que también se halla en permanente proceso de transformación. (p.5)

Esta planificación tiene en cuenta modificaciones para cumplir los objetivos integrando los problemas que surjan, lo que garantiza más viabilidad y además involucra a los actores de la comunidad. En la misma se tiene en cuenta las expectativas, intereses, necesidades y problemas de todas las personas involucradas, por medio de la confluencia de los distintos actores. Las acciones buscan “lo posible” y no lo deseable, por lo que es más realista. A su vez, quien tiene el rol de planificador comparte con los otros actores que también planifican ya que hay muchos actores diversos participando al mismo tiempo, es decir, se establece una relación horizontal.

#### 9.2.4 El arte como medio de expresión para la prevención

Por otro lado, el proyecto GBL utiliza distintas herramientas artísticas para trabajar en materia de prevención. Luis Viale (2011) entiende al acto preventivo como un proceso comunicacional específico. Para el autor prevenir es sinónimo de comunicar. Sin embargo, entiende que no es una tarea tan simple ya que saber comunicar hoy implica poder confeccionar un mensaje según códigos y medios con los que se comunica a los destinatarios de nuestro mensaje.

Desde la perspectiva del autor, es relevante reflexionar sobre la prevención en adolescentes que optan por participar en el GBL. Estos jóvenes, se empiezan a convertir en agentes promotores de salud comunitaria, ya que se involucran en la promoción del autocuidado, la importancia de la salud mental y la desestigmatización. Al decidir formar parte del proyecto, los adolescentes deben tener la iniciativa de formar un equipo (en caso de optar por la modalidad grupal) y planificar la ejecución del flyer, cómic o video. En este proceso, se intercambian ideas entre los miembros del grupo, se llega a acuerdos y se toman decisiones en relación a la producción y la comunicación específica que se llevará a cabo.

Muchas veces los problemas en las campañas preventivas que observamos en los diferentes medios audiovisuales es que, justamente, tanto el emisor como el receptor no comparten los mismos códigos ni medios comunicativos, por lo que es dificultoso que se establezca una relación entre ambos. Por lo que, la participación de niños y adolescentes en el proyecto permite que ellos sean los autores de las campañas de prevención, teniendo en cuenta tanto sus códigos e intereses como sus representaciones y vivencias.

Las ideas de Breilh (1996) resultan fundamentales para abordar la salud desde una perspectiva integral y como un proceso en sí mismo. Según el autor, cuando un proceso se torna beneficioso, se convierte en un favorecedor de las defensas y soportes y estimula una direccionalidad favorable a la vida humana, individual y/o colectiva, se lo denomina proceso protector (p. 209). En este sentido, la participación comprometida de los sujetos en las campañas promovidas por ellos mismos les brinda la oportunidad de ser protagonistas y autores, de comunicar, informar y generar conciencia en la sociedad, con el potencial de modificar situaciones en el ámbito individual, familiar y social. Estas acciones también promueven y potencian aspectos saludables en los sujetos, como la capacidad de ser espontáneos y tomar

iniciativas (ya sea en el grupo o en las relaciones con los demás), la capacidad de imaginar y la disposición para la acción.

En este caso, la prevención es impulsada por un grupo de sujetos que se esfuerzan de manera conjunta para modificar y mejorar la calidad de vida de los individuos de un contexto o espacio determinado, es decir, los adolescentes se involucran y forman parte de la tarea de cuidar y contribuir a la salud tanto de los demás como de ellos mismos. Mirta Videla (2009) sostiene:

Por tal razón, la renombrada meta de “salud para todos” solo será posible si se concreta la absoluta participación popular, lo cual significa que sólo se alcanzará salud para todos, si la abordamos entre todos. (p.27)

Algo que caracteriza al GBL es la gran creatividad de las producciones artísticas que presentan los diferentes grupos que se suman, tanto de los dibujos como la puesta en escena y guión de los videos.

Los niños, niñas y adolescentes plasman en sus creaciones artísticas, como los cómics, flyers y vídeos, diversas representaciones de las sustancias psicoactivas que conocen, siendo las más frecuentes la marihuana, el alcohol y los cigarrillos de nicotina. Además, representan los estereotipos de una persona con adicciones y transmiten mensajes de aliento. Estas expresiones artísticas describen tanto situaciones vividas o imaginadas. En el caso de los cómics, que son narraciones secuenciales en forma de dibujos, relatan historias relacionadas con experiencias en el boliche o fiestas, la presión del grupo frente al consumo de drogas, situaciones de venta de sustancias, procesos de recuperación y solicitudes de ayuda, entre otros temas.

En contraste, en los videos de los grupos prevalecieron una tendencia hacia la psicoeducación, abordando los efectos perjudiciales de las drogas en la salud y presentando estadísticas epidemiológicas. Algunos de estos videos incorporaron challenges o hashtag como #Noalasdrogas y #Noalasadicciones, con el objetivo de informar y promover mensajes contrarios al consumo de sustancias adictivas.

A través del dibujo y el arte en general los niños y adolescentes pueden representar gráficamente sus vivencias y experiencias, expresar sus propias reflexiones y perspectiva

particular sobre las cosas. A su vez permite acceder a ciertos aspectos que quizás verbalmente a lo mejor no los hubieran compartido.

Desde el psicoanálisis, con los aportes de Winnicott (1971) se entiende que la creatividad es universal y se la relaciona con el lado de la salud. El dibujo, al igual que otras formas gráficas de representación, permite que en el discurso del niño la “ficción” compense a la realidad, haciendo posible la existencia de un espacio donde el sujeto puede soñar su realidad, imaginarla y jugar de manera libre y creativa.

El uso del lenguaje no verbal en el contexto artístico nos brinda una alternativa para comunicarnos y llevar a cabo acciones preventivas tanto hacia nosotros mismos como hacia los demás. El arte, entendido como una forma de expresión y comunicación, otorga relevancia al proceso creativo, se revela como un medio privilegiado para la elaboración y transformación personal, fortaleciendo nuestra capacidad de comunicarnos, entender y relacionarnos con el mundo que nos rodea.

Debemos seguir fomentando la posibilidad de crear proyectos, espacios donde el niño/adolescente quiera estar, tome las riendas del juego y pase a protagonista de la historia y el guión, donde tiene permitido imaginar y re-ordenar su mundo, expresar a su manera sus propias ideas y realizar sus propias reflexiones, plasmando su perspectiva sobre las cosas. (Glockner Fagetti, 2007)

Además, si luego analizamos las producciones con mayor profundidad vamos a poder entender con mayor exactitud sus representaciones sociales e ideas que circulan por su contexto, generación que moldean y transforman el imaginario de niño y adolescentes con respecto al tema de las adicciones.

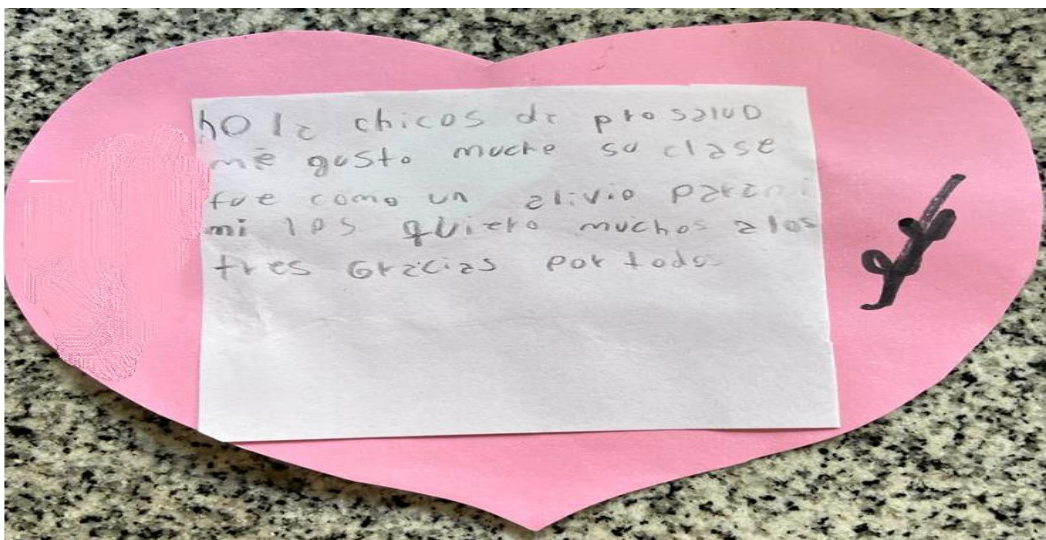
### **9.3. Fomento de la participación de NNyA a partir de estrategias artísticas**

El segundo objetivo consiste en identificar y analizar la participación a través de las diferentes producciones artísticas y audiovisuales de niños y adolescentes realizadas en los diferentes proyectos de prevención de adicciones que posee la fundación. Para analizar la participación tomaré las diferentes producciones realizadas en los proyectos CCN y GBL.

Del CCN, específicamente en el módulo 7° llamado “Mundo saludable”, una de las actividades finales que se llevaban a cabo consistió en la realización de cartas, tanto de los alumnos hacia los coordinadores como viceversa. La idea de escribir cartas de despedida surge para que los chicos puedan dejar una retroalimentación acerca del proyecto en sí, expresen cómo vivenciaron el proceso, que fue lo que más y menos les gusto, además de lo que ellos deseen contar. Para ello seleccioné algunas cartas de los alumnos participantes que poseen algunas de las frases que más se repiten.

### Figura 1

*Carta de alumna de quinto grado*



*Nota. La alumna expresó su agrado hacia el taller y manifestó que lo experimento como un alivio.*

Esta carta refleja uno de los sentidos que puede tener ser parte: pertenecer y ser integrante de un proyecto de prevención de adicciones. En este ejemplo significó un alivio emocional. Esta expresión sugiere que el taller pudo haber tenido un impacto positivo en su bienestar, aliviando posibles tensiones, preocupaciones o cargas que pueda estar experimentando la alumna.



## Figura 2

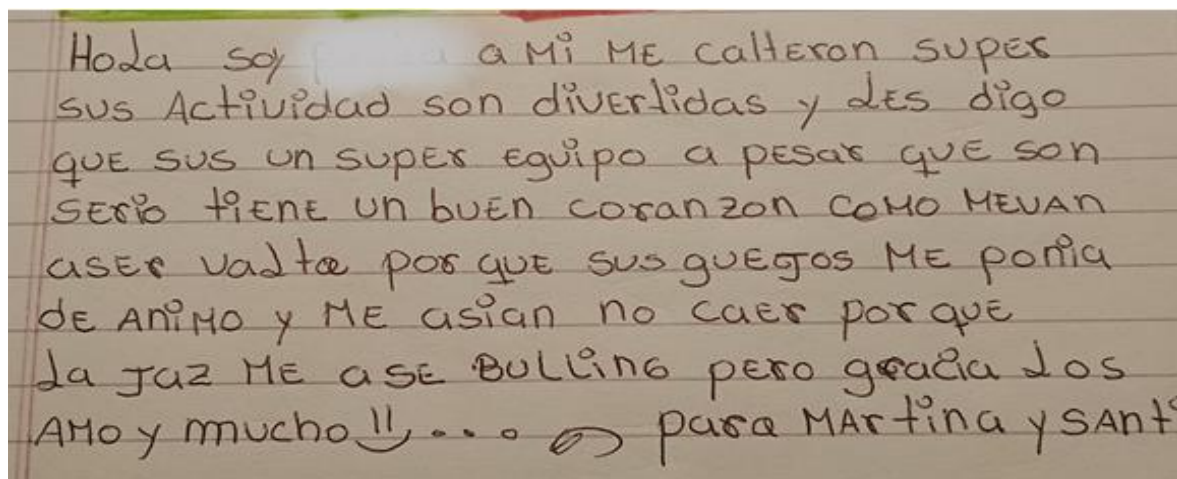
### Carta de alumno de sexto grado

Solo Santiago y Martin. Se fue mas  
 me gusta de lo que me gusta hablar  
 y fue muy bueno el momento.  
 Me senti bien como si hubiera  
 el profesor me libremente.  
 lo que me gusta de lo que  
 no me gusta tener mucho tiempo  
 para mi.  
 lo que me gusta de lo que me gusta  
 si son bien como son y que  
 es de lo que me gusta de lo que  
 lo que me gusta de lo que me gusta  
 con lo que me gusta.  
 lo que me genera hablar de  
 lo que me gusta de lo que me gusta  
 lo que me gusta de lo que me gusta  
 me gusta de lo que me gusta de lo que  
 buena tener hablar de lo que me gusta.  
 lo que me gusta de lo que me gusta  
 de lo que me gusta de lo que me gusta  
 de lo que me gusta de lo que me gusta

Nota. El alumno expresó su aprecio por la oportunidad de diálogo y escucha durante el taller, lo que le brindó una sensación positiva al poder expresarse de manera libre y sin restricciones. Además, destacó la brevedad del proceso y expresó su deseo de continuar participando del mismo. También mencionó que aprendió sobre hábitos saludables.

### Figura 3

*Carta de alumna "P"*



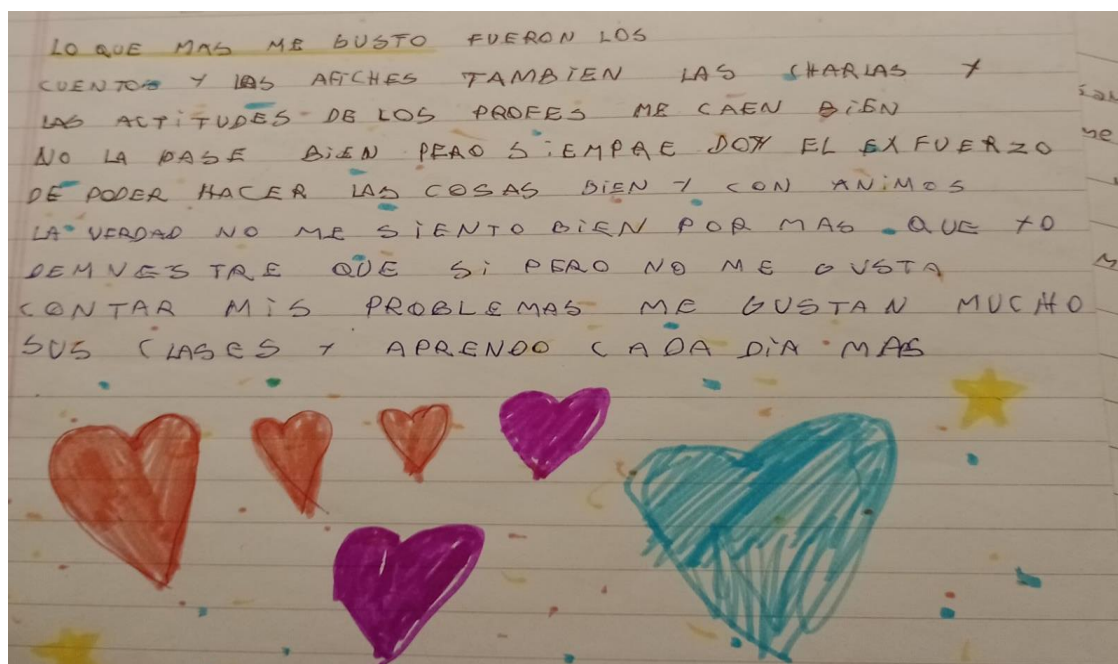
*Nota. La alumna expresó su aprecio hacia las actividades del taller, las cuales encontró gratamente divertidas. Asimismo, resaltó el sentido de equipo que percibió entre los coordinadores. Adicionalmente, hizo hincapié en que nuestra presencia será extrañada debido a que nuestras acciones le proporcionaron ánimo y apoyo, evitando que cayera en momentos en los que una compañera la sometía a acoso escolar.*

Las producciones anteriores pueden ser interpretadas como una manifestación de reconocimiento por parte de los estudiantes hacia los y las coordinadores, el taller en sí y el enfoque de su desarrollo, entre otros aspectos. Las expresiones reflejan que el taller ha ejercido un impacto significativo sobre los participantes. La manifestación de agradecimiento por la oportunidad de expresarse y ser escuchados (ver Figura 2) insinúa que el espacio fue valorado como un espacio donde los estudiantes pudieron compartir sus vivencias de manera abierta y respetuosa. La referencia a la adquisición de conocimientos y la reflexión en torno a la salud y las sustancias adictivas demuestran que los contenidos del taller resultaron pertinentes y les proporcionaron conocimientos útiles para sus vidas. Además, el testimonio de que el taller le brindó ánimo y apoyo para enfrentar situaciones difíciles (ver Figura 3) sugiere que el taller no se limitó a ser meramente informativo, sino que proporcionó un entorno seguro y enriquecedor donde los estudiantes sintieron que fueron escuchados, donde aprendieron, encontraron apoyo y experimentaron un efecto positivo en su bienestar integral.

El haber formado parte de los talleres, desempeñó un papel fundamental como factor protector en el desarrollo integral y la salud de los niñas y niños. Se beneficiaron de la misma al adquirir y expandir sus habilidades, conocimientos y autoestima. Mirta Videla (2009) sostiene que es ampliamente aceptado en la literatura relacionada con la salud que la pertenencia a la red social es una forma de protección sanitaria. Esto significa que un sujeto que se siente conectada y “en pertenencia a” su propia red social, compuesta por diferentes grupos como amigos, compañeros, vecinos está menos expuesto a la posibilidad de enfermarse.

#### Figura 4

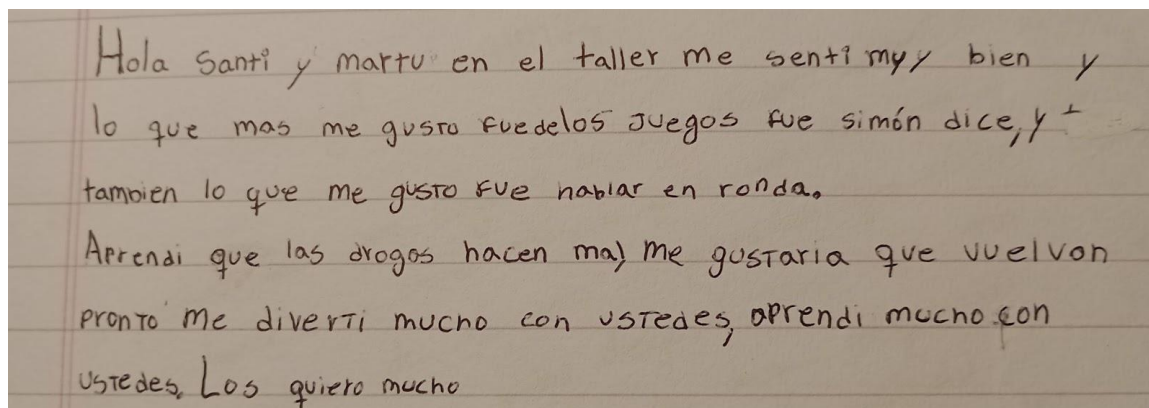
Carta de alumno “L”



*Nota. La alumna manifestó su predilección por los cuentos, las charlas y las actitudes de los coordinadores durante el taller. Además, destacó que, si bien siempre se esfuerza por hacer las cosas bien y mantener una actitud positiva, en realidad no se sintió bien durante el desarrollo del mismo. Aunque muestra una apariencia de bienestar, no se siente cómoda compartiendo sus problemas con los demás. A pesar de esto, valoró enormemente las clases y reconoció haber aprendido cada día más a lo largo del proceso.*

## Figura 5

### Carta de un alumno de sexto grado



*Nota. El alumno expresó su agrado hacia el taller y hacia los juegos junto con las dinámicas en ronda. Comentó que aprendió sobre los efectos que tienen las drogas. Por último, remarcó su deseo de que se repita el proyecto*

En la mayoría de las cartas recibidas y seleccionadas anteriormente, se observó una repetición de frases que expresan palabras de agradecimiento con el equipo. Los participantes valoraron especialmente el compartir experiencias, la forma en que nos relacionamos con ellos y, sobre todo, el hecho de estar presentes en la escuela. Destacaron positivamente los juegos, el formato y dinámicas propuestas en el taller, como sentarse en ronda, salir del aula, entre otras.

Además, muchas de las cartas expresaron el deseo de continuar con el proyecto en un futuro o de volver a encontrarnos en otro espacio similar. Algunos mencionaron su satisfacción por haber sido parte del mismo, enfatizando la importancia de estar presentes y abordar la temática de drogas ya que anteriormente no contaban con un espacio de prevención ni con recursos en sus propias escuelas.

Como se mencionó anteriormente, los NNyA son sujetos de derechos. La Ley de Protección Integral de las Niñas, Niños y Adolescentes (26.061) busca garantizar que tengan un ambiente propicio para su desarrollo y que se respeten sus derechos en todos los aspectos de su vida, incluyendo la educación, la salud, la participación, la reacción, entre otros. También establece la obligación de los poderes públicos de diseñar y ejecutar políticas que aseguren el ejercicio pleno de los derechos de todos ellos. La salud es un derecho fundamental e innegable

de todas las personas y todas las acciones que emprendamos en su nombre no son más que la restitución de lo que les pertenece legítimamente. (Videla, 2009).

Por último, es notable que el taller brindó un espacio de contención tanto para situaciones personales difíciles que algunos participantes estaban atravesando, como para problemas de convivencia entre compañeros en el aula, como el bullying. Las cartas reflejaron que los encuentros fueron percibidos como un espacio seguro para poder abrirse, intercambiar y escucharse. Algunas de las frases que más se repitieron son: *“Gracias por enseñarnos cosas que no sabíamos”*, y *la enseñanza de decirnos que no fumemos drogas nunca porque nos podían hacer mucho daño*”; *“Me he sentido bien con ustedes”*; *“Gracias por enseñarnos a no consumir drogas y enseñarnos que lo que es mejor para nosotros”*; *“Gracias por estar con nosotros y cuidarnos”*; *“Para nosotros fue increíble”*.

Una vez que se ha reconocido el derecho a participar, así como se han desarrollado las habilidades necesarias, es necesario contar con espacios, medios o canales apropiados para hacerlo. Estos espacios pueden encontrarse en la escuela, familia u otras instituciones que representan los ámbitos más cercanos para los NNyA. Para que un espacio sea propicio para la participación, debe fomentar experiencias cercanas que les permitan abordar realidades que estén a su alcance, sobre las cuales tengan información de interés. Esto proporciona un sentido de seguridad que les permite aprender a participar mediante la práctica, y luego los motiva a involucrarse en otros aspectos de la realidad. (Parra Estrella y Soria Erazo, 2011)

Por otro lado, en el marco del proyecto GBL, se seleccionaron varias producciones audiovisuales de diferentes grupos que participaron del concurso, incluyendo algunas de las ganadoras. La mayoría de los adolescentes que participaron tenían edades comprendidas entre 13 y 18 años. Algunos de los colegios que formaron parte del concurso fueron los mismos que participaron en ediciones anteriores del CCN, lo que representó una posible continuidad para seguir trabajando y llevando a cabo la participación de otros cursos.

Durante toda la práctica, se destacó de manera significativa la relevancia que los coordinadores del CCN teníamos en la identificación e implementación de estrategias que permitieran a las escuelas llevar a cabo un proceso de participación en los proyectos de prevención. Dado que nuestra intervención se extendía por un periodo limitado, se subrayó la necesidad de desarrollar enfoques que garantizaran la continuidad de las actividades preventivas en el tiempo.

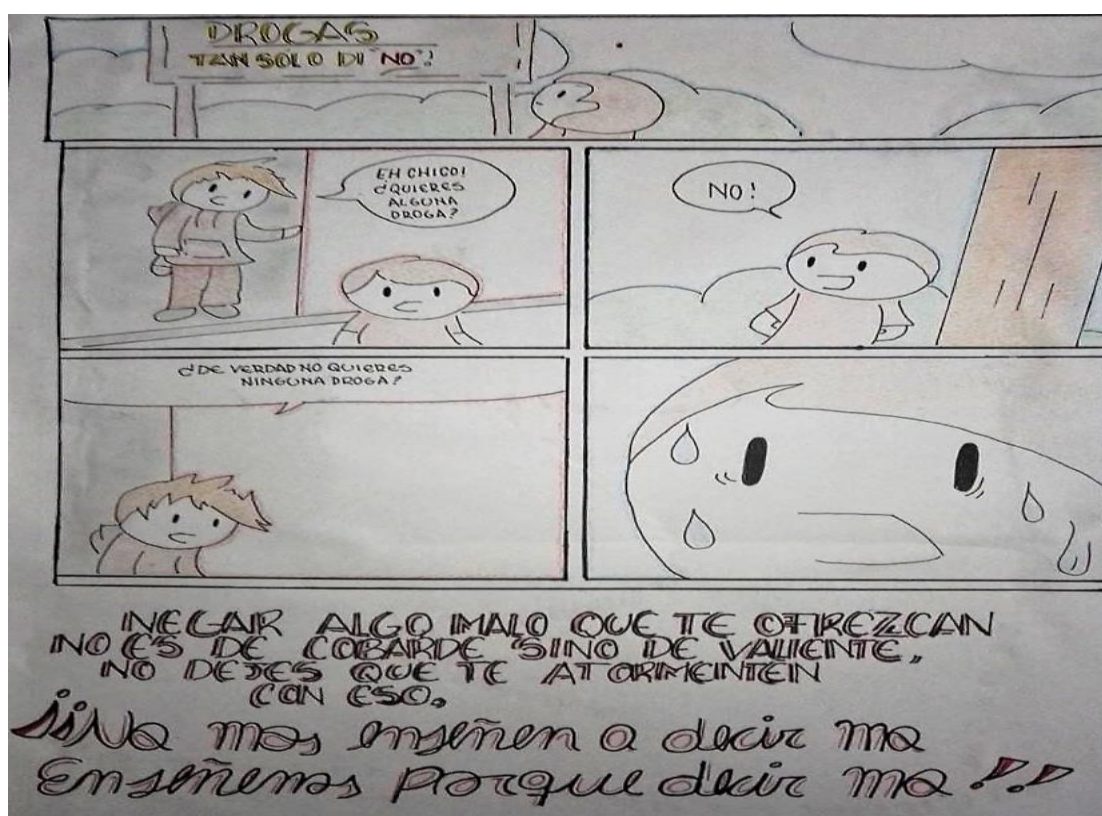


Uno de los objetivos centrales, constantemente enfatizado, consistía en establecer un enfoque colaborativo y conjunto con las instituciones que involucrara a todos los actores. Esta colaboración tenía como finalidad promover la salud y prevenir las adicciones de manera integral y colectiva.

A continuación, se presentan algunas de las producciones realizadas en el marco del concurso GBL edición 2022:

**Figura 6**

Comic realizado por grupo: "Los tomates" del IPET 251° Guarnición Aérea Córdoba.



Nota. Este cómic corresponde al ganador del 1° puesto de la categoría verde. Representa una situación en la que dos niños interactúan, uno ofreciendo una sustancia y el otro, ante la insistencia del primero, denotando nerviosismo, pero con intención de mantenerse firme en su decisión. Destaca la importancia de negarse a participar en actividades negativas como el consumo de drogas, resaltando que decir "no" es una actitud valiente y empoderadora.

Este cómic, también plantea interrogantes acerca de la manera en que se comunican los conocimientos a las niñas, niños y adolescentes, sin construir fundamentos y bases sólidas. Nos invita a reflexionar sobre el hecho de imponer una prohibición sin proporcionar una comprensión del motivo detrás de esta restricción constituye podría ser una forma de limitar la implicación activa, el protagonismo y participación de NNyA.

Desde una perspectiva preventiva, es crucial enfocar la atención en la persona en lugar de poner el énfasis exclusivamente en la sustancia. Es importante proporcionar herramientas y capacitación a la persona para que pueda tomar decisiones informadas y conscientes acerca de su vida y sus propósitos. Es esencial promover la educación en valores que se alejen del consumismo, y resaltar la importancia de explorar la existencia y la búsqueda de significado en un plano más profundo. (Martínez Ortiz, E. y Osorio Castaño, C. A., 2021).

A continuación, tenemos otras producciones que transmiten mensajes y reflejan un espíritu más positivo, evitando que el uso de las drogas tenga un impacto negativo en la calidad de vida de las personas, resaltando la capacidad de experimentar emociones positivas y disfrutar de las experiencias cotidianas.

### Figura 7

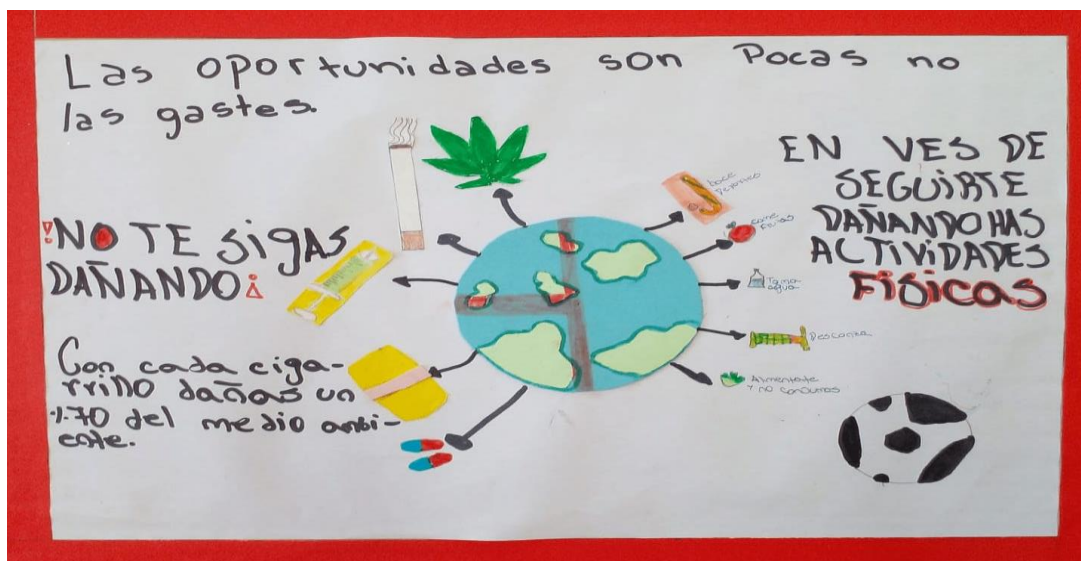
*Afiche realizado por el grupo: "HBL" del IPEM 35° Ricardo Rojas.*



*Nota. Este afiche corresponde al grupo ganador del tercer puesto de la categoría verde. La frase aboga por mantenerse alejado del consumo de drogas para preservar la vitalidad, el color y la riqueza de la vida.*

### Figura 8

Afiche realizado por el grupo: "Los rescatadores" del Centro Educativo Obispo Olegario. Correa



Nota. Este afiche corresponde al ganador del primer puesto categoría naranja. Este mensaje busca crear conciencia sobre la importancia de aprovechar las oportunidades de manera positiva, cuidar la salud personal, el medio ambiente y fomentar hábitos saludables, como la actividad física, en lugar de comportamientos dañinos, como el consumo de tabaco.

Por otro lado, hay otras producciones que invitan a reflexionar sobre la capacidad de las personas para afrontar los problemas y de pedir ayuda frente al consumo de drogas. Algunas de ellas son:

### Figura 9

Comic realizado por el grupo: "Messi 2.0" de Escuela 20 de junio.





*Nota. Este cómic corresponde al ganador del segundo puesto categoría naranja. Destaca la importancia de las decisiones que se toman en la vida y como una decisión inicial, como probar un cigarrillo, puede llevar a consecuencias más graves. También pone en relieve la importancia del apoyo e intervención familiar para superar los problemas relacionados con el consumo.*

Al analizar las producciones artísticas del GBL realizadas por los participantes se observó una variedad de temáticas relacionadas con la problemática de drogas. En los dibujos, se plasman situaciones de presión social hacia el consumo, evidenciando el impacto que puede tener en las decisiones individuales. También se encuentran mensajes preventivos que buscan alentar a las personas a no consumir drogas. Por lo que, desde un enfoque de promoción de la salud podemos reconocer estos mensajes como una estrategia para fortalecer procesos protectores de la salud integral.

Asimismo, las producciones artísticas reflejaron historias relacionadas con la adicción y la posibilidad de salir de ella. Estos relatos mostraron procesos de superación y la importancia de contar con apoyo y recursos para afrontar el problema del consumo de sustancias nocivas. También se representaban las sustancias psicoactivas que los participantes conocen. Además,

se incluyeron datos científicos sobre los daños que estas sustancias pueden ocasionar tanto en la salud como en el medio ambiente.

Todo lo mencionado anteriormente refleja la naturaleza multidisciplinaria del abordaje de la problemática de las adicciones. Sin embargo, se logró llevar adelante una prevención múltiple, trascendiendo la concepción global o específica, así como la diferenciación entre prevención de primer, segundo o tercer grado. Se tuvo en cuenta el principio de Claude Ollivstein que continúa siendo relevante, en el cual se involucra a la persona, el producto y la sociedad (entendida como el contexto social). El triángulo multifactorial sigue siendo una herramienta pertinente que permite aprehender el consumo de productos en una visión holística, considerando tanto a la persona que consume con sus características personales, como la naturaleza del producto, así como el entorno en el que dicho consumo tiene lugar. (González de Audikana, 2018).

En definitiva, los autores de las producciones se caracterizaron por ser empáticos, optimistas, poseer determinación, capacidad de insight, resolución de problemas y pedir ayuda.

Concluyendo, se pudo observar que la participación en los proyectos, talleres y producciones mencionadas anteriormente proporcionó a los alumnos la oportunidad de tener un rol activo, desarrollar/aumentar resiliencia al afrontar y superar situaciones desafiantes, en el sentido de que la mayoría de las escuelas donde se desarrolló el CCN estaban establecidas en barrios de la ciudad de Córdoba donde se facilita las redes de tráfico y microtráfico de drogas y el narcomenudeo está presente. Esta capacidad es un elemento clave para el crecimiento personal, familiar, grupal o social, permitiendo proyectarse hacia el futuro a pesar de las dificultades y experiencias vividas. Debemos intentar que los programas de prevención aumenten la resiliencia, junto con los factores protectores.

#### **9.4 Estrategias participativas para la prevención de adicciones**

El tercer y último objetivo específico busca identificar las estrategias preventivas que posibilitan la participación de niños y adolescentes en los diferentes dispositivos de la fundación. Analizando el modo en que las niñas, niños y adolescentes participaron en el CCN

como GBL se observó que la grupalidad, el empoderamiento y el enfoque comunitario fueron medios centrales para propiciar la participación en los proyectos de prevención.

#### **9.4.1 Cuidándonos en grupo**

Durante la práctica, la grupalidad demostró ser una estrategia que ha permitido una amplia participación en todos los proyectos llevados a cabo por la FPS, ya que ha funcionado no solo como un espacio de reunión para el debate e intercambio de ideas sobre las drogas, sino también como un sólido pilar de sostén/apoyo. En sus diferentes formas, esta herramienta ha posibilitado la construcción colectiva de conocimiento, fomentando la reflexión y la producción de saberes que han tenido en cuenta tanto las particularidades institucionales, como los intereses, preocupaciones y concepciones de los miembros que componen cada organización.

Andrea Bonvillani (2013) discute el hecho innegable de que el momento de nuestro nacimiento y de manera constante a lo largo de nuestras vidas, nos encontramos integrados en diversos grupos sociales tales como la familia, compañeros escolares, vecinos y colegas laborales. Es en el contexto de estas interacciones donde nuestra subjetividad se construye gracias a las experiencias cotidianas que tenemos con otros: empezando por nuestros padres, hermanos, familiares y luego otros más distantes como maestros, pares, etc.

Marta Souto (2009) postula que la intersubjetividad constituye un ámbito relacional entre individuos que trasciende la mera suma de sus partes o aportes, sino que es una construcción que surge a partir de la interacción y el intercambio entre ellos. El individuo es verdaderamente un sujeto en la medida en que se vincula con otros, y no puede ser considerado como tal de manera aislada.

Entonces desde que nacemos hasta que morimos nuestra vida es posible en la medida que nos vinculamos con otros y, por ende, en ello transitamos o formamos grupos. Sin embargo, es relevante destacar que la mera coincidencia física de dos o más personas en un mismo tiempo y espacio no constituye necesariamente un grupo. Existen una serie de condiciones que deben cumplirse para lograr un verdadero entrelazamiento (como la copresencia física y el encuentro inicial) y se constituya en un grupo. Entre estas condiciones se encuentran un espacio y tiempo

constante, la presencia de un número determinado de personas que compartan el mismo propósito, la posibilidad de que los miembros desarrollen vínculos entre sí y con el grupo, así como procesos psicosociales de mutua afectación, es decir, la aparición de emociones y sentimientos que se desencadenan en el encuentro con los demás y que influye en nuestra experiencia grupal conjunta. (Fernández, 1989)

En el contexto de cada proyecto, muchos de los grupos optaron por identificarse con nombres estrechamente relacionados al proyecto y objetivo común por el que participaron, por ejemplo: *“43 razones para Liderar tus decisiones”*, *“Consumo nulo”*, *“Una segunda oportunidad”*, *“Un Frente Contra las Drogas”*, *“Los rescatadores”*, *“Antidrogas”*, *“Un Mundo Mejor”*, *“Los promotores de Salud”*, *“No a las drogas”*, entre otros. Estos nombres representan la esencia y el enfoque distintivo de cada grupo, reflejando su dedicación y compromiso en la tarea que asumen, además de identificarse con un proceso y hacerse activo en sus propios términos.

Quienes habitamos el ámbito de la salud, educativo, institucional y comunitario tenemos el desafío de crear dispositivos que produzcan espacios que alojen al sujeto, donde los participantes se sientan comprendidos y respetados en sus necesidades y experiencias. La idea fundamental es asegurarnos de que los espacios creados sean inclusivos, empáticos y respetuosos de la diversidad y singularidad de cada persona y grupo. Es decir, deben permitir que el sujeto se sienta valorado y escuchado, y que tenga la posibilidad de expresar sus pensamientos, emociones y necesidades sin temor al juicio o la discriminación.

Los grupos que formaron parte en el CCN, como aquellos que se formaron para trabajar en el GBL, fueron grupos participativos y colaborativos entre sí, que alojaron de un modo posible y potente el abordaje de temas que resultan muy actuales, para algunos alumnos con cierta dimensión de la extranjería y para otros por momentos sensibles. Es a través de esta interacción y compromiso compartido que se potenciaron los aprendizajes y se promovieron el logro de metas y objetivos específicos, en nuestro caso, relacionados con la prevención específicamente de adicciones.

Estos tratan de tejer una trama grupal que aloje no solo al que está desolado o al que aun sin saber que está pidiendo ayuda sino también que albergue la extranjería, lo errante, que le brinda hospitalidad a lo que cada día esté a la intemperie en cada uno de sus integrantes (Jasiner, 2019). En algunos momentos, los grupos adoptaron aspectos de reflexión,

proporcionando una oportunidad para pensar los conflictos de convivencia que surgían o ya estaban presentes en el grupo. Estos conflictos generalmente abordaban temas recurrentes en la interacción social juvenil, como celos y rivalidades entre compañeros, así como situaciones personales que afectaban a los estudiantes y malestares que afectaban al grupo en su conjunto. En otras ocasiones, estos adquirieron una dimensión de sociabilidad en la que se abordaron temas relacionados con la amistad y el compañerismo. Asimismo, en otros momentos se enfocaban en aspectos de discusión vinculados a la sociedad actual, incluyendo la exploración de prejuicios, enfoques de resolución de conflictos, explorábamos posibles alternativas y trazábamos nuevos senderos.

En este proceso, construimos un espacio para alojar vivencias, emociones y pensamientos que emergían. Estos abarcaban desde juicios morales sobre los riesgos del consumo de drogas hasta inquietudes de ayuda en situaciones de incertidumbre. Aquello pudo propiciarse gracias a la capacidad de confianza que nos permitió construir un lugar común de intimidad y confianza.

En resumen, lo grupal se reveló como una estrategia que permitió fomentar la participación y promover la prevención en los distintos proyectos. No obstante, es importante destacar que esta estrategia no puede desvincularse de las intervenciones y roles desempeñados por los coordinadores o facilitadores de los grupos.

Los coordinadores en el desarrollo de la grupalidad, cumplimos la función de ser facilitadores en el proceso de interacción entre los miembros del grupo. Nuestra presencia y habilidades permitieron crear un ambiente propicio para el diálogo, la cooperación y el aprendizaje compartido. Asimismo, pudimos mediar en situaciones de conflicto o resistencia, promoviendo la empatía y la comunicación. La función de coordinación requiere que el equipo coordinador esté dispuesto a ocupar diferentes quehaceres y a sostener el proceso del grupo, brindando una habilidad para abordar las situaciones que se presenten. No se trata de posicionarse en un lado de saber, sino en una posición que propicie la emergencia de nuevos sentidos y la propia creatividad grupal. Asimismo, se reconoce que cada grupo tiene sus particularidades, lo que implica que el coordinador deberá adaptarse y actuar de manera única en cada caso (Jasiner, 2019).

Cuando los miembros de un grupo se unen, no dejan a un lado sus valores y creencias individuales. Por el contrario, estas operan como marcos de referencia en cada interacción

grupales, influyendo en la forma y dirección que toma el grupo en su conjunto. Este escenario nos presenta el desafío de trabajar con grupos heterogéneos, pero a la vez insertos en ciertas realidades, con atravesamientos socio históricos compartidos. En este contexto, es fundamental pensar y producir conocimiento en colaboración con los demás, considerando saber no como dogma rígido y cerrado, sino como algo en constante evolución y transformación. Se trata de crear, inventar y básicamente transmitir el deseo de saber, con el trabajo que eso supone (Jasiner, 2019).

#### **9.4.2 El empoderamiento a partir de la participación**

Es evidente que, en ambos proyectos, uno de los objetivos centrales es el fortalecimiento de la capacidad de las personas para tomar decisiones y ejercer su autonomía. También se buscó fomentar la confianza en sí mismos y elevar la autoestima, de manera que puedan adoptar una postura proactiva en los talleres y actividades del proyecto, superando los obstáculos que se les presentarán.

Un ilustrativo ejemplo radica en uno de los grupos con los que se trabajó el CCN. Tras la finalización del proyecto, los estudiantes optaron por aplicar los conocimientos aprendidos en la Feria de Ciencias de su escuela. La premisa subyacente era la construcción colectiva de un entorno saludable para todos, en colaboración con las familias y la comunidad en su conjunto. Nuestro objetivo fundamental consistía en que cada persona que visitara la feria además de escuchar a los niños, pudiera aportar ideas para la construcción de un mundo mejor. Durante este evento, cada alumno portaba una tarjeta identificándose como promotor de salud. Así, los estudiantes se convirtieron en agentes activos de la escuela, asumiendo la responsabilidad de transmitir información relevante sobre la salud y la adopción de hábitos saludables a todas las personas que se acercaron al stand.

Según la OMS (1997), el empoderamiento en salud es un proceso social, cultural, psicológico o político que permite expresar a las personas, de manera individual o colectiva, sus necesidades o preocupaciones, diseñar estrategias de participación en la toma de decisiones y llevar a cabo acciones sociales, políticas y culturales para hacerle frente a sus necesidades.

Este ejemplo evidencia el grado de participación e implicación infantil que tuvieron las niñas y niños luego de formar parte de un proyecto de prevención. Siguiendo los aportes teóricos de Roger Hart (s/f) el nivel de participación estaría entre el sexto y séptimo escalón, es decir, los niños toman la iniciativa, participan en la toma de decisiones y se involucran en todo el proceso junto con los adultos, en este caso los coordinadores.

En consecuencia, el empoderamiento de los estudiantes y los sujetos participantes se convirtió en una herramienta fundamental que posibilitó su involucramiento y participación en ambos proyectos, lo cual, a su vez, contribuyó significativamente a la prevención de diversas problemáticas. Arco (2021) explica que:

A nivel individual empoderarse implica tener poder para decidir y a la vez sentirse responsable y protagonista de la propia vida. Ello incide en el sentido de bienestar y de autoeficacia en todo aquello que se lleva a cabo, pero al mismo tiempo implica una alta carga de responsabilidad. (p.26)

Ahora bien, la autora también postula que existe un empoderamiento de la comunidad que va más allá, porque implica la capacidad de las personas para comprender y tener control sobre las fuerzas políticas, sociales y económicas que afectan sus vidas. Esta habilidad les permite tomar decisiones significativas que contribuyan a mejorar su bienestar y calidad de vida. Se basa en el poder individual que cada persona ejerce sobre su propia vida, así como en la capacidad colectiva para participar democráticamente en los asuntos de la comunidad. Esto implica una participación activa en la toma de decisiones que afectan el bienestar de todos los miembros de la comunidad. (Arco, 2021)

#### **9.4.3 Hacia un participación y trabajo en red comunitario**

Un punto débil en nuestra experiencia en el transcurso de los proyectos, como mencione anteriormente, fue el trabajo en red y comunitario con organizaciones e instituciones cercanas, y por ende el empoderamiento de la comunidad. En el proyecto CCN se había planeado realizar intervenciones comunitarias a través de los cuentos y juegos. Por otro lado, en el proyecto GBL las actividades comunitarias implican la colaboración de diversas instituciones para la donación

de premios y promoción del proyecto. Ahora bien, cabe preguntarnos si realmente se llevó adelante un trabajo con enfoque comunitario y en red.

El trabajo en red es una “estrategia vinculatoria, de articulación e intercambio entre instituciones y/o personas, que deciden asociar voluntaria y concertadamente sus esfuerzos, experiencias y conocimientos para el logro de fines comunes”. (Dabas,1999, p.8). Lo esencial del mismo reside en la decisión voluntaria de dos o más personas, instituciones o áreas que se unen para llevar a cabo una tarea en conjunto. Esta colaboración tiene como objetivo alcanzar metas compartidas y se realiza manteniendo la identidad y autonomía de cada uno de los participantes. (Dabas, 1999.)

Para potenciar los dispositivos de participación y prevención, que sean sostenibles y efectivos, debemos reforzar y ampliar el trabajo en red, intercambiar recursos e información, establecer vínculos y conexiones entre diversos actores, quienes pueden ser tanto del sector público como privado, como organizaciones sin fines de lucro, instituciones educativas, comunidades locales y otras entidades interesadas en un tema o área de trabajo común: la prevención de adicciones.

A su vez, a pesar de contar con herramientas metodológicas para implementar estrategias de trabajo en red, las intervenciones más eficaces se producen cuando se eligen y aprovechan las relaciones y conexiones preexistentes entre las partes involucradas en lugar de intentar crear nuevas desde cero. (Dabas, 1999)

Podemos reflexionar entonces que, para aprovechar las redes existentes, que poseen las escuelas donde se llevan a cabo los talleres o la misma fundación es necesario empoderar a los actores. “Para desarrollar el empoderamiento comunitario u organizacional no sólo se debe incidir internamente proporcionando oportunidades de participación, sino también implica establecer interrelaciones entre otras organizaciones y con el entorno inmediato”. (Arco, 2021, p.32). Es necesario que la comunidad participe y trabaje en conjunto en aquello que considera problemático y en la elaboración de estrategias de afrontamiento colectivas, para así poder motivar a la población para que desee cambiar a prácticas y hábitos más saludables.

Para ello es esencial considerar tanto a la población como al equipo de salud como actores sociales. Un actor social puede ser una persona, grupo o una organización con la capacidad de influir activamente en su entorno y, al mismo tiempo, transformarse a sí mismo. Esto implica promover una colaboración continua entre el equipo de salud y la población, de



manera que los programas de salud se diseñen conjuntamente a partir de un diagnóstico compartido sobre los problemas de salud más importantes que deben abordarse.

Los profesionales y técnicos de la salud, trabajando junto con la población, contribuyen a la construcción de los conocimientos necesarios para que la sociedad gradualmente adopte estilos de vida saludables. Además, fomentan la participación ciudadana para que la sociedad demande de manera política que los poderes del Estado tomen las medidas adecuadas y desarrollen políticas en defensa al derecho humano a la salud y a no enfermar. (Saforcada, 2012)

## **10. CONCLUSIÓN**

A continuación, se presentarán las conclusiones finales del trabajo, realizadas a partir de la experiencia en las Prácticas Pre-Profesionales del contexto sanitario y de la elaboración del Trabajo Integrador Final. Se comenzará por exponer las conclusiones vinculadas tanto al objetivo general como a los objetivos específicos del trabajo. Luego, se dará lugar a las reflexiones finales en base a los aprendizajes adquiridos en los diferentes espacios de la práctica.

Al comienzo del proceso, durante el año de prácticas, algunas de las preguntas que empezaron a surgir fueron: ¿Cómo se lleva a cabo el trabajo de prevención de las adicciones?, ¿En dónde radica la importancia de la participación de niños, niñas y adolescentes en proyectos de prevención de adicciones?, ¿Cómo lo hacen?, ¿Cómo nos posicionamos los coordinadores para para acompañar y fomentar la participación?, entre otras.

El objetivo general del presente trabajo, consistió en analizar la participación de niños y adolescentes en los dispositivos de prevención de adicciones realizados en una Fundación de Córdoba llamada Pro Salud. Para alcanzar este análisis, fue necesario el desarrollo de tres objetivos específicos que fueron formulados a partir de la práctica realizada en la institución y el marco teórico propuesto.

Como primer objetivo específico, se buscó describir la diversidad de herramientas e instrumentos que la Fundación instrumenta para la prevención de adicciones. En cuanto a esta primera descripción, se encontró que en el proyecto Cuenten con Nosotros las herramientas predominantes fueron el taller, los cuentos y juegos. En cambio, en el proyecto Gente Bicho de Luz, se utilizó al arte en general, pero sobre todo al dibujo, como herramienta para la prevención y el trabajo subjetivo de problemáticas complejas.

En las escuelas donde llevamos a cabo nuestra labor, no existía previamente ningún proyecto, actividad o entorno que abordara la problemática del consumo de drogas. Por lo tanto, la introducción del taller representó una innovación en estas instituciones. El taller permitió integrar elementos institucionales, contextuales y la participación de diversos actores. Funcionó como una herramienta que nos facilitó la creación de un espacio colaborativo, permitiendo la co-construcción con los demás, ya que todos los participantes asumieron un rol protagónico. Esta herramienta nos brindó un entorno diferente que nos impulsó a cuestionarnos y reflexionar sobre las circunstancias actuales. Además, el dispositivo también posibilitó abordar y resolver los desafíos que surgieron a medida que se desarrollaron las diversas actividades.

Los juegos que se llevaron a cabo tuvieron el propósito fomentar una actitud participativa entre los estudiantes, mientras que simultáneamente buscaban facilitar la interacción social entre los compañeros. Al abordar la planificación, demostró ser esencial poseer un conocimiento profundo y detallado sobre la realidad con la cual estaremos trabajando. Resulta imperativo familiarizarse con los diversos agentes involucrados, sus particularidades, percepciones y circunstancias de vida, ya que esta comprensión subyace como un elemento fundamental para estimular una participación activa.

En síntesis, los talleres, juegos y cuentos además de contribuir a la prevención de adicciones, desarrollaron habilidades sociales destinadas a reforzar factores de protección junto con, por ejemplo, la asertividad, la autoestima, las actividades positivas, la capacidad para enfrentarse a problemas y tomar decisiones, entre otras.

En relación al segundo objetivo, este consistió en poder identificar y analizar cómo fue la participación de NNyA a través de las diferentes producciones audiovisuales que ellos realizaron en los diferentes proyectos de prevención de adicciones: el proyecto CCN y GBL.

Para responder a este, se analizaron cartas y dibujos (afiches y comics) realizados por los mismos sujetos. La participación de los NNyA se evidenció mediante un genuino deseo de acción, expresión y búsqueda de conexión mutua. Las producciones revelaron la importancia que tiene para ellos encontrarnos, ser escuchados y compartir espacios, reforzando su derecho intrínseco a participar, a la salud, especialmente cuando se analizan aspectos que afectan directamente su propia realidad y circunstancia.

Como tercer y último objetivo, se identificaron las estrategias preventivas que posibilitan la participación de niños y adolescentes. Aquellas fueron la grupalidad, el empoderamiento y el enfoque comunitario.

En primer lugar, la grupalidad demostró ser una estrategia que proporcionó un espacio para el diálogo, unión, compartir conocimientos y experiencias, junto con la colaboración entre los miembros de la escuela. A su vez permitió que se formen y fortalezcan grupos dentro de la comunidad. El empoderamiento fue otra herramienta que les permitió trabajar la confianza y capacidad para liderar y contribuir en problemáticas que les interesan. Para ello fue necesario animar a los sujetos para que sean promotores de salud, agentes de cambio activos en la toma de decisiones y en la implementación de alternativas. Al mismo tiempo, debimos buscar formas que permitan equilibrar las relaciones de poder para habilitar que los sujetos tomen un papel

protagónico en la planificación y ejecución de proyectos de prevención. Por último, aunque las intervenciones comunitarias se vieron dificultadas en varias ocasiones, el enfoque demostró de igual manera ser importante porque permite la coordinación entre los diferentes sectores y actores para el abordaje de las adicciones, además de abordar los desafíos específicos de la comunidad y desarrollar estrategias de prevención que se adapten a sus necesidades. En resumen, estas estrategias fueron esenciales para promover la participación activa y sostenibilidad en los proyectos de prevención.

Por otro lado, los obstáculos recurrentes que enfrentamos se originaron en las divergentes dimensiones de intereses y posiciones presentes en las instituciones de salud, educativas, políticas y sociales para el abordaje de las adicciones. Por lo que, la colaboración con diversos actores exige una metodología interdisciplinaria, la cual requiere un enfoque de trabajo sostenido, participativo, colaborativo y particularmente grupal, para afrontar conjuntamente los desafíos y oportunidades actuales. En consecuencia, resulta necesario trabajar en una cultura de participación, poniendo foco en la responsabilidad sobre la salud. Para ello debemos explorar nuevas formas para involucrar de manera más profunda a los diversos actores, con el propósito de establecer o fortalecer vínculos entre las instituciones. Por esta razón, es conveniente seguir fomentando una mayor participación ciudadana en el ámbito de la vida cotidiana, donde se producen, distribuyen y amplían los procesos vitales ya que aporta a las probabilidades de que la comunidad asuma la responsabilidad colectiva en necesidades de la población.

A su vez, a través de la práctica en la FPS pude entender que la participación no ocurre de forma espontánea, por eso, debemos encontrar nuevas estrategias, estímulos, crear espacios de participación de encuentro individual y colectivo, para el intercambio de ideas y compartir la toma de decisiones. Se trata de correrse y dar lugar, ofrecer una escucha activa, construir redes para sostener ante la vulneración de derechos. Por esta razón, fomentar la participación de NnyA en programas y proyectos de prevención de adicciones implica una acción integral en todas las etapas. Esto requiere no sólo su mera presencia en el presente, sino también la delegación responsable de roles protagónicos a estos sujetos, otorgándoles la iniciativa para empoderarse y desempeñar un papel activo en mejorar y transformar su salud y experiencia institucional. Este enfoque puede contribuir significativamente a la reducción de la edad de inicio del consumo y disminuir la incidencia de problemáticas relevantes. En síntesis, debemos

asumir que las infancias y adolescencias, su salud y bienestar es una responsabilidad también colectiva.

De igual forma, reflexione sobre la importancia de que las adicciones sean abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Como futuros profesionales de la salud, debemos garantizar y promover el cumplimiento de la Ley de Salud Mental, que tiene como objetivo primordial establecer entornos y mecanismos de encuentro intersubjetivo tanto en ámbitos públicos como privados, con el propósito de promover la salud mental y prevenir situaciones de sufrimiento, implementando dispositivos que abarcan desde la prevención hasta el sostén, acompañamiento y cuidado de la salud mental. Además, estos dispositivos se sustentan en la perspectiva de la complejidad y se enmarcan en un enfoque de derechos humanos, asegurando así que todas las personas tengan igualdad de acceso y participación en la atención y el cuidado de su salud.

En general la realización del TIF ha sido un proceso que implicó avanzar en volver a pensar la prevención, no sólo a través de acciones puntuales de corta duración, basadas en la psicoeducación, para reconocer la importancia de que esté inscrita dentro de un plan coherente y a largo plazo que involucre a distintos actores como sistemas educativos, la familia, la comunidad, los niños y adolescentes, autoridades locales, entre otras.

Es fundamental resaltar la necesidad de construir prácticas en salud mental desde una perspectiva de derechos que consideren las múltiples dimensiones que determinan los consumos problemáticos de drogas y que promuevan la participación desde una perspectiva que no sea adultocéntrica, que contemple sus propios códigos y formas. Intervenir en la infancia y adolescencia supone una ganancia en salud para lo largo de su vida.

En pocas palabras, algunas de las preguntas que surgieron al principio se vieron respondidas, algunas nuevas surgieron, pero queda claro que se puede hacer prevención participando: ya sea jugando, a través del arte y con niños, niñas y adolescentes.

## **11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Arco, I. D. (Il.) (2021). Empoderamiento comunitario para la promoción de la salud. 1. Madrid, Dykinson. Recuperado de <https://elibro.net/es/ereader/bibliotecas-ucc/217466>
- Bernachea Garcia M., Morgan Tirado M. (2010). La sistematización de experiencias y producción de conocimientos desde y para la práctica. *Tend. Reto* N.º 15. p. 97-107
- Bonvillani, A. (2011). Travesías grupales. Algunas coordenadas para trabajar/pensar con grupos. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba.
- Calafat, A. (1995). Los factores de riesgo como fundamento de programas preventivos. En E. Becoña, A. Rodríguez e I. Salazar (cord.), *Drogodependencias*. 4. Prevención (p. 75-103). Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico de la Universidad de Santiago de Compostela.
- Caplan, G. (1980). *Principios de psiquiatría preventiva*. Buenos Aires: Paidós Ibérica.
- Cifuentes Gil, R (2011). La escritura: clave en procesos de sistematización de experiencias.
- Organización Mundial de la Salud, Ministerio de Salud y Bienestar social de Canadá y de la Asociación Canadiense de Salud Pública. (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, Ottawa, Canadá. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
- Dabas, E. (1999). Redes en salud. [Archivo PDF]. <https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/redes.pdf>
- Díaz, V. (2010). “La psicología de la salud: antecedentes, definición y perspectivas.” Vol. 2. No. 3
- De Lellis, M. (2011). A propósito de la Ley Nacional de Salud Mental: nuevos escenarios y desafíos para la formación del psicólogo. *Revista Diálogos*. Universidad de San Luis. 2(2), 7-25.
- De Lellis M. Interlandi C. Martino S. (2015). Herramientas de Planificación en Salud Pública. En: De Lellis M. (Comp.). *¿Perspectivas en salud pública y salud mental?*. Pp.267-265. Ediciones Nuevos Tiempos. Bs. As.
- Fernández, A. (1989). El campo grupal. Notas para una genealogía. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires.



- Fize, M. (2007). *Los adolescentes*. (1a ed.). Fondo de Cultura Económica.
- Fundación para la promoción de la salud humana. (s.f.). *Institucional: sobre nosotros y la historia*. <https://www.fundacionprosalud.org>
- Organización Mundial de la Salud. (1998). Prevención. En *Glosario Promoción de la Salud*. Consultado el 15 de diciembre de 2022 [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1\\_spa.pdf;jsessionid=233827CA13FB2696974D077A2ADE6EB9?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf;jsessionid=233827CA13FB2696974D077A2ADE6EB9?sequence=1)
- Glockner Fagetti, V. (2007). Infancia y representación: Hacia una participación activa de los niños en las investigaciones sociales. *Tramas* 28. Uam-x. México. pp.67-83.
- González de Audikana, M. (2018). *Repensando la prevención*. Bilbao, Spain: Publicaciones de la Universidad de Deusto. <https://elibro.net/es/ereader/bibliotecas-ucc/44933>.
- Gordon, R. (1987). «An operational classification of disease prevention». En J. A. Steinberg y M. M. Silverman (Eds.), *Preventing mental disorders* (p. 20-26). Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services
- Guber, R. (2011). *La etnografía: método, campo y reflexividad*. (1a ed.). Siglo Veintiuno: Buenos Aires.
- Hernandez Sampieri, R. (2006). *Metodología de la investigación*. (6a ed.) McGraw Hill: México.
- Jasiner, G. (2019). *La trama de los grupos: dispositivos orientados al sujeto*. (1a ed.). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Laurell, A. C. (1982). La salud-enfermedad como proceso social. *Revista latinoamericana de Salud*, 2(1), 7-25.
- Leoz, G; Taborda, A; Piola, B. (2020). *Inter-versiones: prevención en clínica socio educativa*. 1a ed. San Luis: Nueva Editorial Universitaria.
- Ley Nacional N° 26.657. Derecho a la Protección de la Salud Mental. Artículo 3 y 4. (25 de noviembre de 2010). <https://www.argentina.gob.ar/salud/montesdeoca/informacion-util-cmdo/ley-de-salud-mental-ndeg26657>
- Ley Nacional N° 25.895. *Prevención de la Drogadicción*. (2 de junio de 2004). <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-25895-2004-95453>

- Ley Nacional 23.849. *Convención sobre los Derechos del Niño*. Asamblea general de las Naciones Unidas. Artículo 24 y 33. (20 de noviembre de 1989).
- Martínez Ortiz, E. y Osorio Castaño, C. A. (2021). *Hacia una prevención con sentido: bases científicas y prácticas para prevenir las adicciones*. (2a. ed.). Editorial El Manual Moderno Colombia. Recuperado de <https://elibro.net/es/ereader/bibliotecas-ucc/219473>
- Pérez Molina, D., Pérez Molina, A. y Sánchez Serra, R. (2013). El cuento como recurso educativo. *Revista de investigación*. Área de Innovación y Desarrollo, S.L.
- Morales Calatayud, F. (1999). *Introducción a la psicología de la salud*. (1a. ed.). Buenos Aires: Paidós.
- Colegio de Psicólogos de la provincia de Córdoba. (2012). Reglamento de Especialidades.
- Parra Estrella, G y Soria Erazo, K. (2011). Representaciones Sociales y Participación Juvenil. Estudio de caso de jóvenes del Centro de Información y Comunicación. 2da edición. Universidad Politécnica Salesiana Juvenil (CICJ) del Programa del Muchacho Trabajador
- Real Academia española. (2022). Adolescencia. En *Diccionario de la Real Academia Española*. (23ª ed.). Consultado el 16 de diciembre de 2022. <https://dle.rae.es/adolescencia>
- Real Academia española. (2022). Drogas. En *Diccionario de la Real Academia Española*. (23ª ed.). Consultado el 16 de diciembre de 2022. <https://dle.rae.es/droga?m=form>
- Red Asistencia de las Adicciones. (2022). El ABC de las Drogas. Sustancias Psicoactivas: identificación y evaluación diagnóstica. (1a. ed.).
- Richard, G (2011). Salud, redes sociales y producción de sentido en prevención de adicciones. Reflexiones a partir de experiencias en el trabajo con jóvenes. En HACIENDO-EN-REDES. Perspectiva desde prácticas saludables. Buenos Aires: Ciccus.
- Richard, G (2015). Acerca del paradigma salubrista como facilitador de procesos de cambio en prevención y tratamientos de adicciones, necesarios en el diseño de políticas públicas integrales.
- Richad, G (2020). Procesos salugénicos en la adolescencia. Análisis según perspectiva de investigación/acción.

- Rieznik, A., Damín, C., El Gato y La Caja, Tagliazucchi, E., Arrieta, E., Godoy, J., Mansilla, J.C., Cancela, L., Sigman, M. y Wortman M. (2017). *Un libro sobre drogas*. (1a ed). El gato y la caja.
- Saforcada, E. (1999). *Psicología Sanitaria, Análisis crítico de los Modelos de salud*. (1a. ed.). Paidós.
- Saforcada, E. (2012). Salud comunitaria, gestión de salud positiva y determinantes sociales de la enfermedad. *Aletheia*, 37, p. 7-22.
- Saforcada, E. (2012). Psicología sanitaria. Historia, fundamentos y perspectivas. *Revista latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 4(2). p. 120-132. Asociación para el Avance de la Ciencia Psicológica. Buenos Aires, Argentina.  
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n37/n37a02.pdf>
- Sirvent, M. T., (1984), Estilos participativos: ¿Sueños o realidades? *Revista Argentina de Educación*, 3(5), 45-63. Bs. As., Argentina.
- Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud Colectiva*, 6(3), 275-81.
- Ugalde, A. (2006). Un acercamiento teórico a la participación comunitaria en salud. En E. Menéndez, H. Spinelli. *Participación social ¿para qué?*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Videla, M. (1993). *Prevención: Intervención Psicológica en Salud Comunitaria*. Colección Texto y Contexto. Buenos Aires: Ediciones Cinco.
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina interna*, 33(1), 7-11.
- Viñar, M. (2009) *La mirada a los adolescentes del siglo XXI*. En *Mundos adolescentes y vértigo civilizatorio*. Montevideo: Trilce.
- Jara, O. (1994) *Para sistematizar experiencias: Orientaciones teórico-prácticas*. Alforja. Centro de Estudios y Publicaciones: San José de Costa Rica. Cap. 6, 7 y 8. p. 74-161.
- Isorna Folgar, M y Saavedra Pino, D. (2012). *Prevención de drogodependencia y otras conductas adictivas*. (1a. ed.) . Pirámide.
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). *Promover la salud en la escuela. ¿Cómo construir una escuela promotora de salud?* Buenos Aires.

Osorio, F. (2006) *Uso y abuso de drogas: adicción, disciplinamiento y control. Sustancias tóxicas legales e ilegales*. (1a ed). Colección ensayos y experiencias. Noveduc.

Zachetti, M. (s/f). Introducción a la Psicología de la Niñez: Breve recorrido por la concepción de la infancia en la historia. Ficha de Cátedra.

## **12. ANEXO**

Sede Fundación Pro Salud



Organigrama Fundación Pro Salud

