

Capítulo 2

Jóvenes e Intervención Comunitaria

"Los paradigmas y la clínica comunitaria"

Lic. Enrique Saforcada

La reducción del término psicología ha sido reducido a su mínima expresión y ha dejado campos abiertos que han sido ocupados por el empuje de los hechos. Han sido ocupados por desarrollos y luego, motivados por razones económicas, se han transformado en instancias de capacitación dando títulos y cosas que son actividades que en los demás países del mundo, todos sin excepción, están dentro del campo de la psicología, de la profesión. Por ejemplo los grupos operativos de Pichón Riviére. Él fue uno de los pocos hombres de nivel en el mundo del psicoanálisis que yo vi que bajó el psicoanálisis a la tierra y al servicio de la gente; tuvo la idea ésta de formar operadores, coordinadores de grupos operativos que era algo muy positivo. Luego eso se fue distorsionando, se transformó por motivos económicos y demás en otra cosa que no es lo que tiene que ver con Pichón Riviére.

Después uno descubre infinidad de graduados de las escuelas de Psicología Social haciendo por ejemplo psicoterapia; totalmente salido del rol para el cual esas instituciones dicen capacitarlos, como yo sospecho que con más evidencia meten la idea de hacer psicoterapia y la gente se mete en un camino para el que no está preparada y hace mucho daño; porque el tema de que las técnicas terapéu-

ticas en el peor de los casos no hacen nada, o sea en el mejor de los casos curan o resuelven problemas y en el peor de los casos no pasa nada es una falacia absoluta. Primero, si algo no puede hacer nada tampoco puede curar, y si algo tiene la capacidad de curar tiene la capacidad de dañar también. Hay que estudiar psicología y desde adentro de la psicología replantear la cosa. En Argentina el diploma de Lic. en Psicología es absolutamente vacío.

Para ir adentrándonos en tema quiero plantear el concepto de visualización. Siempre recuerdo una anécdota de mi lejana juventud en Salta en la cordillera, estaba con un hombre medio miope y de golpe en la cosa inmensa de la cordillera este hombre me dice "mire, allá hay unas vicuñas", yo tenía buena vista y no usaba anteojos, miré, más o menos por las indicaciones, yo estaba mirando donde también estaba mirando él. Él veía las vicuñas y yo no las veía ni por asomo. Saqué el larga vistas y me puse a mirar y tampoco las veía y reconocía que estaban tocando el lugar con las piedras y las cuestiones del terreno hasta que de golpe se movieron y él insistía "ahí están" y de golpe se movieron y las vi. Los dos mirábamos el mismo lugar pero él veía las vicuñas y yo no porque mis estructuras conceptuales de las que dependen los procesos de significación de la realidad circundante eran distintas, él se había criado ahí, yo me había socializado en un medio urbano. Si yo lo traslado a la ciudad y le digo a este mismo señor que a 25 cuadras hay un auto parado de determinada marca, seguramente no va a ver nada hasta que no ocurra algo muy notorio. En este caso el ejemplo implica cosas puramente físicas porque yo las vicuñas, sabía que existían; las había visto en fotos, dibujos, o sea, el concepto lo tenía, lo que no tenía era aquella estructuración necesaria para la cosa física en su medio natural. Yo había visto vicuñas en el zoo, pero no tenía mis radares armados para percibir la vicuña y tampoco percibía bien en su totalidad el escenario en que la vicuña estaba.

Cuando nos vamos al campo conceptual de lo tangible como es por ejemplo el concepto de Enfermedad Mental o cualquier concepto

de estos no tangibles o tangibles indirectamente en función de toda una cadena de indicadores; las cosas se hacen más complicadas. Porque piensen ustedes que esto, desde donde miramos, responde también a los escenarios en los que estamos. Uno puede imaginar la vida, la sociedad como un conjunto, por supuesto estructurado pero de espacios diferenciados, espacios de interacción humana, espacios específicos y diferenciados de interacción humana, en donde a lo mejor nosotros desempeñaríamos roles en muchos de esos espacios. Me refiero al espacio de interacción humana llamado afecto, esto de encontrar los grupos de amistad, la familia, a su vez todo esto subdividido, no es lo mismo la familia que un grupo de amigos o una red social barrial. Puedo identificar el espacio de interacción humana de la ley, de la justicia, puedo diferenciar el espacio de interacción humana de la salud, educación, ciencias, artes; infinidad de espacios de interacción. Cada uno de esos espacios tiene una racionalidad última genuina y en cada uno de esos espacios yo pongo en juego un "desde dónde miro", desde dónde significo y valoro lo circundante o sea, cómo juega un paradigma. Tal vez tenga un paradigma o unos pocos paradigmas fundamentales, fundantes de mi modo de sentir el mundo, pero luego se hacen como más específicos con subparadigmas del campo específico en el que yo me muevo. Hay paradigmas y paradigmas más básicos en el ejercicio de la vida, seguramente lo usamos en nuestro sistema familiar, luego los primeros contactos que tengo con lo que es el tejido social que podría ser el paradigma distal, pero luego de un paradigma proximal que ya digo que el ser humano no va a formar. Por ejemplo, para el campo de la salud en los lugares donde estudió, las personas que conoció, lo que hizo, lo que vio. Paradigma que es bastante inmodificable, si nos referimos a la hora puramente abstracta de la ciencia básica, lo científico básico muere con el paradigma puesto, no lo cambia y eso está muy bien explicado por Kuhn en "Las revoluciones científicas". Einstein murió pensando lo que pensaba, ya nadie le daba bola en el mundo de la física, pero él no cambió, siguió hasta el final. Esta cuestión de la física cuántica con el determinismo y esas cosas ya casi irascibles, él no las podía soportar, aunque fue el que originó los

comienzos de la física cuántica. Y lo que dice Kuhn es sencillamente que la gente no abandona nunca el paradigma, pero de golpe este paradigma que estuvo vigente, que fue el jet set de la ciencia, un buen día empieza a surgir otro paradigma y los científicos jóvenes empiezan a adherir a ese paradigma y este paradigma anterior, que puede ser tan espectacular como el desarrollo de Newton, también comienza a no ser citado, a no invitársele a los congresos, a no tener buena prensa en el mundo de los científicos, hasta que un buen día ya nadie habla de él. Si es muy famoso y mítico como fue Einstein, sigue en el candil, pero si no directamente lo olvidan aún en vida, ni siquiera esperan a que muera y el otro paradigma se instala con fuerza y todo el mundo adhiere y nadie discute ese paradigma hasta que empieza a surgir en el medio otro paradigma que pone en discusión a éste.

En el campo profesional, o sea el de la ciencia aplicada, el paradigma puede cambiar en una misma persona, no es fácil, es muy difícil, pero sin lugar a duda cambian y fundamentalmente no por la reflexión teórica conceptual, sino por la práctica del terreno concreto con la realidad. La realidad es un motor profundamente poderoso para el cambio en el modo de pensar de la gente.

Yendo a otro campo de cosas, fíjense por ejemplo las Madres o Abuelas de Plaza de Mayo. Muchas de esas mujeres jamás hubieran estado en la posición ideológica ni verían el mundo como lo ven después si no hubieran tenido la desgracia que tuvieron sus hijos y sus nietos. Entonces el impacto de la realidad concreta da vuelta a cualquier cabeza. A veces la da vuelta bien, a veces la da vuelta para el lado de los caños y a veces no la da vuelta. Hay gente que ni aún viviendo esas cosas cambia el modo de mirar el mundo. Entonces uno habla de los paradigmas proximales, o sea de los que maneja en concreto y que adquirió más tardíamente en la vida. O en el caso de los profesionales, los que han construido, porque uno sale de la universidad con un paradigma; bueno, malo, útil, errado, lo que sea, pero sale con un paradigma. Por supuesto que sería mejor que ese paradigma fuera el más apto para aquello en lo que trabajamos. Entonces me parece importante que hoy habláramos de estas dos

cosas: el paradigma y la construcción de los paradigmas.

Esto es para situarnos un poco en el escenario. Ustedes saben que no hay pueblo en la Tierra que no tenga una medicina, entendiendo por medicina lo que podemos significar con ese vocablo, pensando desde la antigüedad con el Derecho Romano hasta más o menos mediados del siglo XIX. Dentro de la medicina científica, o sea de las concepciones y prácticas de salud científica, por lo tanto europea, la ciencia es una construcción cultural propia de occidente, de Europa con su fuente de surgimiento en los desarrollos y el pensamiento filosófico y científico greco romano. En otras culturas se han desarrollado concepciones y prácticas en salud, o sea medicina muy complejas, muy eficaces, muy sabias si se quiere pero no en función del método científico que no es el único método de conocimiento. El sentido común es un método de conocimiento y tal vez el más importante de todos, es el que aplicamos para sobrevivir, para vivir, es poco lo que aplicamos de la ciencia o sea que tomamos decisiones, regulamos nuestra vida en función del sentido común, no de los saberes científicos. Por ahí intervienen cosas tecnológicas pero la gente las usa sin tener idea de que necesito conocer las ciencias básicas que tienen origen en lo tecnológico. No todas las tecnologías están apoyadas en una teoría científica. Quiero decir que sin sentido común sucumbiríamos en pocas horas. La ciencia sin método de construcción de conocimiento es importante y válido para ciertas cosas y no sirve para nada en otras. La religión es un modo de construir conocimiento muy apto para las cosas implicadas en lo religioso y en ciertos modos de vivir la espiritualidad que tienen los seres humanos. La poesía es otros de los conocimientos no cabe duda, el modo de significar y valorar el mundo desde la perspectiva poética, no tienen nada que ver con las construcciones que permiten el método científico ni con las que permite el sentido común. Por supuesto que unas veces nos topamos con gente que regula su vida sobre el sentido poético y la vida se les hace difícil aunque pueden vivirla agradablemente.

La medicina china, la medicina de la India, son medicinas que tienen

miles y miles de años, que tienen un tremendo éxito en muchas dolencias, la medicina ayurveda tiene como eje la concepción psicosomática que en nuestros saberes en salud vienen a construir recién hacia mediados del siglo XX. Los ayurveda esto lo conocían desde hace 2000 años. Dos cosas, por un lado, no sobre valoremos el método científico pero tampoco lo infravaloremos, usémoslo donde corresponde. Segunda cosa, dicho muy rápidamente con esto de las medicinas: hay una revista de la OMS dedicada íntegramente a la medicina ayurveda y hay una larga lista de dolencias, de enfermedades a las que la OMS recomienda recurrir a la medicina ayurveda, inclusive nuestra medicina científica ha tomado también técnicas de la medicina china como la acupuntura por ejemplo. Yo tengo una amiga que vivió mucho en China, inclusive tuvo uno de sus hijos ahí y cuando quedó embarazada empezó a ir al Hospital Central de Pekín; ahí se hizo muy amiga de una médica china viejita que hacía medicina china pero también se dedicaba a la medicina científica europea. Gracias a esta mujer ella pudo presenciar cosas espectaculares de anestesia con acupuntura, operaciones cardiovasculares de corazón a cielo abierto y el paciente charlando con el equipo de cirujanos. Entonces ella se entusiasmó cuando se acercaba el momento del parto porque decía que con acupuntura el parto iba a ser una cosa fantástica y la doctora que la atendía le dijo que iban a intentar pero que seguramente no iba a funcionar. Las anestesias de la acupuntura funcionan en los chinos y no en los que provienen de otras culturas. En congresos de farmacología se han presentado muchos trabajos en donde un fármaco, una sustancia química tiene una farmacodinamia determinada, en la cultura occidental tiene una farmacodinamia totalmente diferente en poblaciones o seres humanos de otras culturas.

Todos los saberes tienen un cuerpo, un dolor y un campo de certeza. Además la certeza sin los errores va modificándose a medida que la ciencia avanza. Pensemos que yo llegué a ver las ventosas, mi padre era médico, ventosas de vidrio que se usaban para las congestiones pulmonares y ¿qué principio científico puede explicar que un problema de una congestión pulmonar pueda resolverse por

los vasos capilares de la circulación superficial de la espalda?, sin embargo sí. Por eso aparece este concepto muy fuerte de hacer medicina por evidencia. Toda esta corriente nueva de sacar todo lo que no tiene evidencia científica del camino es una cosa muy importante porque nuestro saber está construido por el método científico y debemos aplicarlo para convalidar o rechazar cualquier tecnología y práctica que desde este saber científico se propone. Se puede tener un saber científico y luego críticamente largarse a aplicar cosas que son intuiciones o que son ocurrencias de algún profesional, alguna cosa empírica que a él le sugirió que eso podría ser así y entonces: adelante con los faroles! Sería muy importante que todos empecemos a trabajar también en aras de poder poner en práctica aquello que tiene evidencia científica y lo que no lo tiene, así lo proponga el papa, no aplicarlo.

Entonces este camino que se inicia en la medicina greco romana, luego se apoya en la medicina china, árabe, persa, en varios otros saberes y prácticas en salud; ahí arranca nuestra medicina y por supuesto se va nutriendo y volviendo a nutrir por ejemplo de la árabe, de la medicina judía que con el éxodo del pueblo judío y su gran traslación numérica a Europa va a llevar toda la sabiduría de esa cultura a interrelacionarse con los saberes que estaban presentes en Europa, o sea grandes médicos de la comunidad que trabajaron en Europa. Todo eso va formando un saber que tiene una marca, aunque la medicina árabe también ya venía con eso, pero tiene una marca fuerte centrada en lo que se da en llamar la higiene. Higiene es un término muy desvalorizado y casi desgastado en el mundo actual. Recuerdo haber oído hablar a médicos que dicen "sí, pero en aquel entonces estaban las cátedras de higiene", que desgracia que no esté hoy la cátedra de higiene, porque higiene viene de Higiéia que era una de las hijas de Esculapio para la mitología romana y era la diosa de la salud. Higiéia era la que mantenía en salud a los sanos y Panacea que era la otra hija era la que curaba a los que se enfermaban. Pero la higiene por ejemplo, todo el Tratado Hipocrático es un Tratado de Higiene, no era bien visto que un médico se ocupara de un enfermo terminal en Grecia y en Roma. El médico se ocupaba

de los enfermos que se podían curar, pero sobre todo se ocupaba de que la gente sana no se enferme y para eso había toda una serie de indicaciones con respecto a cómo debía vivir la gente y cómo debía conectarse con su medio, un medio rudimentario pero ecológico con una concepción de medio ambiente muy rudimentaria que tenía que ver más con el clima, con cuestiones físicas. Hipócrates le recomendaba a los colegas jóvenes que cuando fueran a cumplir el rol de médicos en una población, llegaran muy temprano desde el amanecer, buscaran algún terreno elevado y se pasaran el día observando cómo transcurría la luz del sol en relación a esa población, cómo eran los vientos, las temperaturas, que vieran si había agua, si eran fluyentes o estancadas, etc. y después a la noche entrar al pueblo, porque esas cosas le iban a permitir trabajar con la gente, para que se conectara con el ambiente del modo más sanitario posible.

Esas concepciones higienistas llegan hasta el siglo XV, o sea hasta el fin de la Edad Media, 1400 y pico, cuando cae Constantinopla en manos de los turcos, se toma como un mojón para el cierre de la Edad Media así como en el 490 cuando cae Roma en manos de los visigodos se toma como mojón del inicio de la Edad Media.

Acá aparecen figuras paradigmáticas como Paracelso, que fue un hombre bisagra que pasó de las concepciones válidas hasta ese momento de la medicina hipocrática y del Código de Aricena y eso que estaba todo en la línea higienista y que él conocía muy bien porque era médico, era también alquimista pero no para transformar las cosas en oro sino para encontrar remedios para curar. Es el primero que usa remedios, el que más impulsa los remedios. Entonces Paracelso plantea el uso de remedios y define con fuerza absoluta que la medicina tenía que ocuparse de la enfermedad y no de la salud; y de la enfermedad había que ocuparse observando al ser humano enfermo y ahí viene la palabra clínica, clina es cama y ahí nace la clínica, surge la clínica. Comienza con un camino largo, en el siglo XIX con los descubrimientos bacteriológicos de un montón de investigadores, de Pasteur que sobresale por sus condiciones éticas y humanas, con él surgen los sueros, después ya vienen las vacunas, etc. y ese es el aporte al dominio de las enfermedades infecciosas

que eran las que generaban más enfermedad y muerte. Esto costó el 20% de la disminución de las enfermedades sobre el dominio de la enfermedad infecciosa, el resto lo aportó los cambios de las condiciones de vida en la humanidad por lo menos en occidente, en los regímenes laborales; mucha más producción, cantidad, calidad y diversidad de alimentos, mucha mejor nutrición, muchos cambios en lo que era el ambiente del trabajo, en la higiene de las ciudades, el agua potable, todo eso fue lo que realmente dominó a las enfermedades infecciosas.

Vuelvo atrás porque hay una cosa que no dije y que creo que es importante. Esto que yo dije de las medicinas y como todas encierran verdades y errores. En relación a los métodos de construcción del conocimiento, hay otras medicinas que no son europeas y no han sido construidas por el método científico sino más por métodos que se acercan más al sentido común y tal vez sí a un experimentalismo trabajado. Pero recalcar esto tiene una finalidad y es que nosotros nos podamos correr de las posiciones autocráticas tan frecuentes en los profesionales y nos volvamos un poco más relativistas culturales, culturas y subculturas, entendiendo por subcultura una formación cultural que si bien responde mucho a la cultura general tiene particularidades diferenciales, podemos hablar de las subculturas adolescentes, de la pobreza, de la riqueza. Cada una de estas subculturas si bien responden a la cultura general tienen particularidades. Además nuestro país por suerte tiene una inmensa riqueza cultural porque tenemos muchas culturas vivas, la mapuche, guaranítica, un montón de poblaciones. Los residuos que quedan a pesar de la brutalidad con que tratamos la cosa o la trataron los colonizadores y demás, y la siguen tratando algunos, tenemos los restos humanos y culturales de culturas incaicas, de culturas coyas, sea porque vivieron acá o sea porque se trasladaron o se trasladan actualmente toda la gente que viene de Bolivia, de Perú. La diversidad cultural es una riqueza fenomenal que tiene una Nación cuando la sabe aprovechar. En este momento los psicólogos que se dedican a diversidad cultural ya no sólo se dedican al problema de bus-

car la discriminación cultural o racial sino que ahora están del otro lado, por ejemplo, yo tengo un amigo que está trabajando en la costa oeste de EE.UU., es psicólogo y es un especialista en diversidad cultural y tiene muy buenos contratos en empresas muy grandes que buscan incorporar técnicos, gerentes y los niveles de conducción más altos con la mayor diversidad cultural posible; indios de la India, japoneses, chinos, árabes, latinoamericanos, americanos.

Armamos un staff gerencial con diversidad cultural genera enorme cantidad mayor de planteos más inteligentes para salir adelante con la empresa. La diversidad cultural genera mayor riqueza cultural y humana. No es fácil, porque intelectualmente lo podemos comprender y aceptar con toda facilidad ¿y en la práctica? Los que trabajamos en estas cosas relacionadas con los seres humanos y la salud, tenemos que acostumbrarnos a aplicar lo que sabemos en nosotros mismos lo más posible; y nos vamos a descubrir muchas veces que tenemos cosas que no nos gustan y que criticamos. Lo que sí, cuando no lo tenemos presente, no lo podemos modificar, lo primero es hacerlo consciente. Entonces, si uno puede reconocerse como auto-crático, es el comienzo para poder llegar a un relativismo cultural.

¿Qué implica en salud ser relativista cultural? Aceptar los saberes del otro con verdadero respeto, que no sólo aceptar es decir "bueno, te soporto, parate acá", no, aprovechalo, incorporalo, mezclalo con nuestros saberes. Entender que nuestros saberes pueden enriquecer también el saber del otro y transferir nuestro saber. Más de una vez uno cree que tiene superado un prejuicio y se descubre que todavía lo tiene. Yo tuve una experiencia formidable con gente de la cátedra, habíamos ido a un congreso en Puerto Rico en 1995, y cuando terminó el congreso yo estaba con mi mujer, que también es psicóloga y nos alquilamos un auto, y los dos, con tres chicas de la cátedra que eran ayudantes y J.T.P. nos fuimos a recorrer Puerto Rico. Nos agarró esa noche una tormenta, no encontrábamos alojamiento en ningún lado, era tardísimo, llovía a cántaros, ya estábamos pensando en dormir en el auto, bajar un poco la ventanilla y pasar la noche sentados. Intentamos en un hotel, y a este hombre le debemos de haber dado lástima porque dijo "Mire, yo les voy a arreglar el asunto, quédense,

Uds. están cansados, mientras tanto tómense un café, coman algo en la confitería del hotel y yo ya les voy a avisar, lo voy a arreglar". Al rato, las tres chicas iban a una habitación y yo con mi mujer a otra. Nos vamos a dejar las cosas para salir a cenar, nos arreglamos rápido, y nosotros que estábamos un piso más arriba, bajamos a buscarlas, y cuando golpeo la puerta y entro a la pieza, un lío fenomenal "yo no me quedo, yo me voy, acá no nos quedamos, mirá". Una habitación normal, un hotel medio, entro al baño, porque me decían que fuera a mirar y lo veo impecable, pero un baño para discapacitados. Había una serie de artefactos que son los que necesita la gente con problemas motrices, y no podían usar ese baño. Entonces ahí nomás nos sentamos y dije "esta es una experiencia formidable para que la trabajemos", Uds. siempre creyeron que no tenían ningún prejuicio con las discapacidades motrices, pero fíjense esta reacción ¿qué tiene este baño? Nada; ¿cuál es el problema?, si ustedes saben que esto lo ha usado gente con discapacidades motoras; se quedaron en la habitación. Pero digo cómo se pudo descubrir ahí de un hecho casual, de un prejuicio que lo tenían las tres, y a lo mejor a nosotros nos hubiera pasado lo mismo. Sirvió la experiencia, sirvió para descubrir eso.

Vuelvo a lo anterior; adquirir posición relativista cultural es esencial para trabajar en todo, absolutamente esencial, desde todo punto de vista, para tener más eficacia, más eficiencia, para tener el respeto que corresponde por la gente que trabajamos. Piensen Uds. que para llevar a un caso extremo, no extremo, si no muy visible, en San Isidro si cae una persona al hospital y cuando le dicen que ya lo atiende un profesional, supongamos un psicólogo, un lacanianiano que es lo que abunda allá y se sienta ¿y por qué viene el señor?, porque me han hecho mal de ojo, o se lo dice un médico. Seguramente por las buenas y las malas, de un modo respetuoso o no le van a decir que se vaya, que es un disparate, que no existe el mal de ojo. Y esa persona se puede morir del mal de ojo, porque mis marcos teóricos no dan cuenta del mal de ojo, no existe en el D.S.M. IV, ni en el C.I.E. 10, pero por falencias nuestras. En mi marco teórico no voy a encontrar el mal de ojo, pero sé que estructuralmente existe, que para esa

persona es real, del mismo modo que para mí es real la neurosis, que tal vez es construcción mía o de mi ciencia. La enfermedad mental no existe, son construcciones sociales.

Sean los estudios de Seligman sobre la indefensión aprendida, hay culturas donde el mal de ojo es fundamental, con diferente nombre, pero la capacidad de hacer mal a distancia está en todas las culturas.

En el Congo, en el África, en donde la persona que siente que le han hecho mal a distancia en pocos minutos o una hora se muere y hecha la autopsia no hay ningún indicador de una causa de muerte valedera, que el impacto psicológico de la creencia hace caducar las funciones vitales, y se muere la persona. Entonces yo sólo sé que esta persona está en situación de stress y si tiene un problema cardiovascular o algo puede hacer un infarto, o cualquier otro problema; por lo que esta sufriendo y yo tengo que darle contención psicológica. Yo no me voy a poner a curar mal de ojo porque no sé para nada el marco teórico, las tecnologías y la identidad cultural para hacerlo, pero sí puedo darle contención psicológica si soy médico, y si no lo soy pasarlo a un médico para que le dé un ansiolítico. Y también sé que si no le doy contención psicológica y que ese hombre a lo mejor se va ensimismando por su preocupación, se pone a cruzar la calle, no mira como lo hacía habitualmente y lo pisa un auto y murió. Murió de mal de ojo, no murió del que lo pisó. Más allá del relativismo es interesante pensar cómo se asignan los recursos cuando hay un saber dominante, cuando hay una cultura dominante y qué pasa con los otros.

Si bien en el siglo XV, comienzos del XVI se hace muy fuerte este pensamiento clínico Paracelso quema el Código de Aricena que era el Tratado de Aricena de Medicina, lo quema en una plaza pública de Europa y desplaza totalmente las otras concepciones higienistas. No obstante por el 1600 aparece Ramazzini que le dice a los colegas si quieren saber las verdaderas causas de la enfermedad de sus pacientes, vayan a averiguar al lugar donde trabajan. Ya la categoría de análisis no era el individuo en cama enfermo, ya era el entorno

social, era una categoría compleja. No era una categoría individual restrictiva, era una categoría social expansiva, podía haber muchas cosas ahí adentro en el lugar donde trabaja, máquinas, otras personas, una cierta atmósfera.

Hacia fines del 1700 aparece un médico alemán Johann Peter Frank que da unas conferencias en Normandía que las titula "La miseria, mal de todas las enfermedades", la miseria ya no es una categoría individual restrictiva, la miseria está en la sociedad, está en el colectivo social, ya es otra cosa. De él surge todo lo que se da en llamar la responsabilidad del Estado en cuanto a la salud de la población y como el Estado tenía, en aras de la salud de la población, que tomar medidas con respecto a la higiene pública, a las aguas que consumía la gente, se pusieron las barreras para viajeros que venían de zonas en donde podía haber peste.

Por mediados del siglo XIX, en el año 1848 específicamente, en muchos países de Europa grupos de médicos jóvenes, en Alemania, Italia y Francia, largan lo que se da en llamar el Movimiento de Reforma Médica y plantean que la salud, que la medicina es una ciencia social y hay un montón de trabajos interesantísimos de todos estos profesionales que muestran el origen ecosistémico de la enfermedad y hacen responsables a los gobiernos y a las situaciones políticas de la salud de los pueblos. A esto se le da en llamar la Medicina Social, o sea que podemos distinguir con claridad un siglo, más o menos a partir de lo que sería el siglo XVII, una línea que viene desde de lo clínico y que se prolonga hasta nuestros días. Las medicinas sociales, la epidemiología, la policía médica, y todo esto desemboca en la asistencia pública y en la salud pública. En el siglo XIX se hablaba de asistencia pública, eso viene de los tratados de policía médica de Johann Peter Frank. Acá en Buenos Aires, en Campichuelo y Rivadavia estaba la asistencia pública, una de ellas, era un servicio municipal. América Latina fue la primera que concretó en los hechos lo que postuló Frank en Europa que era que los gobiernos se hagan responsables de la salud del pueblo y armó una unidad a nivel del gobierno municipal que se ocupaba de eso. El primero que lleva

esta preocupación a nivel máximo del poder político, o sea a la presidencia de la República fue Cuba; en 1902 crea el Primer Ministerio de Salud Pública a nivel del staff del presidente, y el primer Ministro de Salud Pública en el mundo fue Frías, el gran médico cubano, o sea Cuba tiene un antecedente en medicina no sólo por lo que pudo hacer el gobierno socialista sino que viene de mucha tradición. Tradición que ha sabido ser aprovechada, porque nosotros también tenemos tradiciones extraordinarias en el campo de la salud, Domingo Cabré, Masa, y todas esas cosas las hemos tirado por la ventana en repetidas oportunidades, ni siquiera lo hemos tirado por la ventana una sola vez sino muchas veces y Carrillo murió en el mayor ostracismo trabajando como médico rural, sumido en la mayor pobreza y muriendo ahí en el Mato Grosso en Brasil y se demoró muchísimos años en traer su cadáver.

La concepción de higiene, el ser humano y su ambiente colapsa terriblemente con el surgimiento de la clínica en el siglo XV y se transforma en una bipolaridad enfermo - sano; sano es el que no está enfermo y enfermo es el que tiene esto y aquello. Pasan unos cuantos siglos hasta que en 1850 junto con el surgimiento de la medicina social se sistematiza el pensamiento y la metodología de investigación propia de la epidemiología. John Snow en Inglaterra, fue médico de la Casa Real y tuvo esas intuiciones geniales como Fratastoro en el siglo I o II. Fratastoro por una intuición indudablemente, se larga a la teoría microbiana de la infección y dice que había en el ambiente lo que él llamaba "semilleros", unos animalitos tan pequeños que un humano no veía, que se introducían en el cuerpo, en el 1600; tienen que pasar 200 años para que Pasteur y todos los demás descubran los microbios, las bacterias y todo eso. Y John Snow tuvo la intuición de que las enfermedades en vez de estudiarlas clínicamente podían, y era muy importante, estudiarlas en su impacto en todo tejido social; entonces aprovechó frente a las ondas epidémicas de cólera de aquellas épocas en Londres y se puso a estudiar los registros, porque los ingleses por su estilo de funcionamiento ya venían con estadísticas de mortalidad de hacía tiempo atrás, entonces buscó los años en que había habido epidemias de

cólera y vio como se distribuía la muerte por cólera en Londres. Luego cuando se suscita la onda epidémica de 1850 él se pone a hacer los estudios por los cuales termina detectando que la gente que tomaba agua, (no había agua corriente salvo en unos poquísimos barrios de gente muy rica), el agua era pública, en las esquinas salían las bombas. En las películas de Chaplin se suelen ver esas bombas en las esquinas de donde los bomberos sacaban el agua para apagar incendios y la gente sacaba el agua para cocinar y para tomar. Esta bomba estaba en el Soho, está todavía el aparato y justo en la esquina hay un pub que la sociedad londinense de epidemiología le pidió al dueño que le ponga John Snow y ahí hay un libro donde toda la gente que anda por el campo de la salud pasa por ahí y deja alguna cosa. Entonces él hace clausurar esa boca y corta la epidemia en ese barrio. O sea que por 1850 se estructura el pensamiento o la ola de epidemiología. La epidemiología pasa a ser el eje teórico - técnico justamente de esta línea de pensamiento; éste es el eje teórico - técnico de la salud pública así como la clínica es el eje clínico - técnico. Sin clínica no hay comprensión del proceso salud - enfermedad o mejor dicho la comprensión de los emergentes del proceso. Podríamos definir a la epidemiología como clínica expandida.

¿Qué quiere decir que uno diga individual restrictivo? La clínica puede ser restrictiva o reduccionista cuando busca la explicación en una sola teoría científica. Por ejemplo la biología o la psicología y además la biopsicología con el pensamiento psicossomático; pero la explicación del fenómeno y por lo tanto de la solución del fenómeno se busca en todas las disciplinas que pueden echar luz sobre el proceso de salud - enfermedad. La psicología, la biología, la economía, el derecho, la ingeniería, la arquitectura; fijense que la maestría en salud pública de la UBA y de casi todas las universidades del mundo, o es una facultad independiente o es una instancia inter facultativa.

Tiene que pasar bastante tiempo hasta que los descubrimientos de la epidemiología, que primero se dedica a las enfermedades infecciosas pero cuando ya son dominadas y el perfil epidemiológico de

la humanidad se transforma, o sea las enfermedades o las causas de morbilidad y mortalidad más frecuentes no son enfermedades contagiosas sino que son las no transmisibles, las enfermedades cardiovasculares no infecciosas, enfermedades bronco pulmonares no infecciosas, las enfermedades degenerativas como el cáncer y los tumores, etc., los accidentes. Aunque ahora, por lo menos en EE.UU., eso trajo un terremoto porque está en cuarto lugar la mala praxis; y habría que agregarles las psicológicas tal vez más que las médicas, en quinto lugar quedaron los accidentes. Entonces el perfil epidemiológico exige que la epidemiología se ponga a investigar en una perspectiva donde ya no cabe el esquema relativamente sencillo, desde el punto de vista lógico sencillo, de causa y efecto, lineal.

Cuando se sigue avanzando, y ya estamos hablando del siglo XX, en las investigaciones epidemiológicas se llega a un esquema multi causal, multi efecto, entonces si uno observa las problemáticas encaradas hoy por el Ministerio de Salud Pública tenemos supongamos un programa que se ocupe del seguro total del embarazo adolescente, otro programa se puede ocupar del tema adicciones, pero si hacemos una epidemiología de factores nos encontramos que todas esas aparentes manifestaciones diferentes de trastornos de salud son una única problemática y si yo pongo en marcha acciones orientadas por una epidemiología de factores y no de consecuencias con un solo programa yo resuelvo todos esos problemas. Esto es una cosa para tener en mente, no quiere decir que ustedes lo tengan que trabajar en lo que están trabajando pero ahora las cosas están armadas del modo en que están armadas y hay que hacer lo más eficaz que se pueda, pero con el accionar de ustedes van a estar resolviendo problemas que a lo mejor no están en sus programas; del mismo modo que no puede haber programas materno infantiles, programas de lucha contra el alcohol, programas para los problemas de aprendizaje de los niños porque todo es una única enfermedad. En algún momento vamos a entrar a pensar en síndromes polimórficos familiares, no existen las cosas sueltas, si uno va a ciertas poblaciones sobre todo de pobreza, en barrios o en comunidades obreras, tal vez obreros marginales, no calificados, uno va a encontrar un

síndrome polimórfico familiar que tendríamos que ponerle "A" porque todavía no hay un nombre que nombre: padre alcohólico, madre neurótica e hijos con retardo por falta de estimulación. Es esa tríada y yo no la puedo resolver, si la mujer está en el programa materno infantil y llega a la casa, el marido alcoholizado le pega una paliza que le hace perder el embarazo y va al programa materno infantil y le dicen "no, esto no es de acá, tiene que ir con su marido al programa de alcoholismo", ahora si el lleva el problema de violencia familiar al programa de alcoholismo le dicen "no, esto no es de acá", y si los dos llevan el chico con el problema de aprendizaje...la enfermedad no es esas tres cosas por separado, son las tres cosas juntas porque ese ecosistema ha generado las tres cosas, es ese padre alcohólico que no trabaja, que se gasta la poca plata que entra en la casa, esa madre que tiene que salir a laburar porque sino no hay con qué comer y ese chico que queda en un cajoncito de manzana como una plumita que cuidan físicamente para que no le pase nada pero nadie le habla, nadie lo toca; y esa mujer apaleada todas las tardes al volver el marido a la casa termina haciendo una neurosis fóbica. Se sabe de casos concretos de Chile donde las fobias eran todas fobias al atardecer.

Y no se lo que me dice el psicoanálisis ni me interesa, o el cognitivismo o lo sistémico o los que se dediquen a resolver el problema de esa mujer y de ese hombre también, de ese ecosistema que está andando mal y que ha generado estas cosas y lo tengo que revertir. Y con un solo programa que se ocupe de este síndrome polimórfico familiar llamémosle A, yo soluciono los tres problemas. Con tres programas gasto tres, complico las cosas y llego tarde.

Hoy por hoy y sobre todo en el campo de la salud pública estamos de nuevo en algo que lo podemos representar con una concepción ecosistémica del proceso de salud - enfermedad; y ya no estamos en lo humano sino en las comunidades o los conglomerados humanos y el ambiente es algo mucho más complejo. Este es un ambiente ya concebido por la ecología, de todo un aporte de un montón de otras ciencias, es una cuestión muy compleja pero fundamentalmente humana. Pero ambiente también es un fenómeno psico - socio - cul-

tural porque cuando uno ve, al salir por ejemplo para Avellaneda, va por el puente del Riachuelo a la mañana temprano y ve esa nube marrón extendida en el horizonte y si uno le pregunta a la gente ¿qué es esto? "y, es smog", ¿y qué es el smog? "y partículas químicas suspendidas en el aire". Pero los que estamos en ciencias sociales y en tecnologías sociales lo que tenemos que ver son los comportamientos humanos, esas partículas no salieron de un volcán, son muy pocos los desequilibrios ecosistémicos que se deben a causas naturales, terremotos. Las inundaciones mismas en un porcentaje muy alto son producto de comportamiento humano, no de la naturaleza. Entonces acá el concepto de medio ambiente es difícil y muy complejo y profundamente humano, si yo acá el problema lo quiero modificar, en el 90% de los casos, voy a tener que trabajar con el comportamiento humano.

La epidemiología estructuró un modelo que es la tríada ecológica. Por ejemplo, el stress no aparece como enfermedad no transmisible. Al principio se decía que el stress es el agente y resulta que también el stress tiene que ver con un estilo de vida del ambiente en el que uno vive. Algunos lo ponían en Ambiente y otros lo ponían en Agente, cuando un sistema de modelo categorial, sus categorías dejan de ser excluyentes y exhaustivas.

Laframboise propone cuatro componentes que intervienen en el campo de salud, primero pone a la biología, aunque yo creo que habría que poner biopsicología. Primero porque hay muchas cuestiones psicológicas transmitidas genéticamente sin lugar a dudas y segundo porque hay cosas muy tempranas de la vida intrauterina y de los primeros años de vida que sería algo, que si bien es congénito, determina la vida de ahí en más. La determina en parte mucho más pequeña de lo que fantasean los psicoanalistas. Esto es como los médicos que creen que gracias a los descubrimientos de la medicina las infecciones desaparecen o casi desaparecen. Otro es estilo de vida, otro es ambiente humano y otro es el sistema mismo de la atención de la salud. Esto es muy importante porque ya el sistema no queda como un espectador externo, es parte en la génesis tanto

en salud como en enfermedad. Este modelo tuvo una suerte increíble porque al año siguiente en 1974 lo toma el Ministro de Salud de Canadá y lo usa para reformular todo el sistema de salud pública de Canadá.

En las ciencias cuando viene una teoría que explica más que la otra, se desatina la primera y la nueva se pone en vigencia; cuando Newton explicó lo que explicó se peleaban con Newton. Pero a fines del siglo XIX y comienzos del XX aparece Maxwell con su teoría electromagnética y explica lo mismo que Newton y un poco más, entonces eso es tomado por sobre lo de Newton. Y luego vienen Einstein y grandes físicos y matemáticos que desarrollan todo lo que es la física cuántica y la teoría de la relatividad y hoy a nadie se le ocurriría montar un programa de investigación astronómica apoyándose en Newton, porque Einstein explica más la teoría de la relatividad. ¿Entonces porqué acá no pasó eso? Si esto fue un avance de la ciencia, por supuesto que la nueva teoría toma todo lo que viene de la vieja, no es que esta gente se olvide de los descubrimientos anteriores, de las vacunas, etc.

Las orientaciones de salud pública que trabajan para mantener a la gente sana son muy negativas para el modelo de mercado de enfermedad que es el que hoy prima; entonces nuestra pelea en el ámbito de lo público, dicho en términos de charla de café y pido perdón porque es provocativo, es robarle clientes al mercado de la enfermedad.

Ese factor pareciera que nunca tuvo en cuenta que el factor económico era el salto pragmático, que no se veía ese salto de paradigma por el factor económico. Por el factor económico hoy en día la investigación científica, la investigación pesada de donde salen los premios Nobel y demás, está totalmente dominada por las grandes concentraciones de riqueza económica que está en los dueños de los laboratorios y las formaciones financieras, inclusive tergiversan los resultados científicos, están denunciados por revistas de mucha fama donde se denuncia que hay científicos que tergiversan los resultados inclusive de ciencia aplicada para por ejemplo darle un

plazo de cinco años de venta de un remedio que tiene una potencialidad nociva importante; pero en esos cinco años se venden miles de millones. Nadie sabe qué consecuencias puede llegar a tener el viagra pero se desvió, generó una bola de dinero monstruosa y no importa que después se descubra que hace daño, se desactiva y se larga otra. No cabe duda que la ciencia está, o sea hoy no existen investigadores como Pasteur, investigadores románticos que investigaban nada más que buscando el bien de la humanidad. Hoy se busca el rédito económico y el que no quiere entrar en esa y es romántico no tiene financiamiento para nada.

Público: Tendría relación con la red de patentes de medicamentos.

- Por supuesto. Los descubrimientos científicos requieren mucho gasto de investigación, sobre todo la investigación ideológica es muy cara, pero también la social. Sobre todo en países europeos y en países anglosajones hay mucha vinculación entre la industria y la universidad entonces los que más reciben financiamiento son esas líneas de investigación que se ve clarito que pueden terminar en un remedio; si no termina en un remedio o en genes, remedios o tecnología ideológica que permita aplicar a un emprendimiento comercial. Todo termina en el comercio, y eso es muy importante tenerlo en cuenta para comprender también los obstáculos en la ciencia y los cuidados con que hay que andar, siempre que ustedes se pongan a trabajar en terreno hagan primero un estudio de la factibilidad psicosocial. Factibilidad psicosocial implica tomar en cuenta todos los factores favorables a lo que quiere hacer y todos los factores contrarios obstaculizantes de lo que quiere hacer, pero todos. Los obstaculizadores pueden ser un puntero político, puede ser una empresa de la zona, hay infinidad de factores que están determinados, o sea esto hace a la planificación estratégica y al desarrollo estratégico de una acción. Y uno tiene que estar monitoreando estos factores permanentemente para ver cómo están jugando las fichas y poder seguir adelante con el proyecto.

Público: Inclusive desde este modelo hegemónico de mercado le da mala prensa al otro desarrollo; yo me acuerdo de una anécdota sencilla cuando trabajaba en un hospital en Salta había un sistema muy interesante de trabajo en la comunidad con gente sacada de la propia comunidad que eran los agentes sanitarios, un trabajo excelente y los clínicos y algunos cirujanos del hospital se quejaban porque los agentes sanitarios se mandaban al hospital cuando salían o hacía días de lluvia, hacía como una escena.

- Hay profesionales que desde el error pero con honestidad critican las acciones que se llevan adelante, pero hay otros muy mal intencionados. Y hay gente sincera que lo dice "derecho viejo". Recuerdo una vez que fuimos a pedir financiamiento para una investigación, y fuimos a un gerente de un laboratorio a pedirle apoyo económico, y el tipo muy honesto, valorable en ese sentido, me dice "mire, tenga en claro una cosa, nunca este laboratorio va a dar un solo peso para nada que tenga que ver con la salud. Vivimos de la enfermedad". O sea si yo quería investigar el efecto de un remedio para eso sí había plata pero para esto otro no.

El doctor Rocatagliata, era un gran pediatra argentino, atendió a un sobrino mío, un día mi cuñada lo lleva a su hijo engripado (lo llevaba siempre para el control del niño sano); y al salir la enfermera la acompaña hasta la puerta a mi cuñada y le devuelve el dinero. Mi cuñada le dice que no, que se cobre y la enfermera le dice: "si pero el doctor no cobra cuando el chiquito está enfermo porque es un error de él, lo considera un error". Era un hipócrita Rocatagliata, un hombre así es disfuncional al sistema de mercado.

Hay un paradigma del plano soporte vital del que hablaba hace un rato cuando decía de esos paradigmas construidos en función de la experiencia de vida. No el paradigma del plano proximal o concreto del quehacer profesional. Esto no sale de las dos líneas de desarrollo de las concepciones y prácticas en salud. Esto está en un libro que les

recomiendo porque puede haber para algunos de ustedes un antes y un después de la lectura de estos libros y es el libro de Kapra "La trama de la vida", está en Anagrama y que ahora publicó ya una especie de continuidad de "La trama de la vida" donde él pasa todo este desarrollo que había aplicado a la vida humana, a la economía y a la sociedad, se llama "La condición oculta". Es un libro extraordinario donde él toma todas las epistemologías hoy en boga y las explica con sencillez y las interrelaciona, tiene muy buena bibliografía anotada, es un libro estupendo. Él ahí habla del pensamiento y los valores y del pensamiento y los valores masculinos y femeninos en occidente, en la cultura occidental, donde no plantea que sean excluyentes sino que el paradigma para la posibilidad de continuar con la vida humana en el planeta es, fundamentalmente importante y positivo, el paradigma femenino y mucho de lo malo que hay hoy en el mundo y sobre todo las características de la vida cultural occidental proviene del paradigma masculino; o sea el paradigma masculino sería lo que hace al pensamiento asertivo frente al pensamiento integrativo que es propio de la mujer. Es racional frente a la mujer donde prima la intuición. No se suban al caballo porque entonces van a demostrar que han asimilado el paradigma masculino. Mujeres machos no son útiles para un pensamiento favorable a la vida o sea las María Julia Alzogaray no sirven para la vida. Entonces, racional e intuitivo. El pensamiento masculino es fundamentalmente analítico frente al pensamiento femenino que es sintético, es reduccionista el pensamiento en sentido masculino, en cambio el femenino es más holístico, más de tomar la totalidad. Es un pensamiento lineal, en cambio el femenino es no lineal, tiene otros atajos, comprende que la vida no es una cosa que se pueda pensar con la simpleza propia de la lógica causal o lineal.

En lo que hace a valores, los valores masculinos también asertivos, son la expansión, todo el espíritu de transformar un emprendimiento empresario en una multinacional que tiene que ser más grande y más grande; mientras que el pensamiento valorativo femenino tiende a la conservación, entonces las cosas pueden expandirse pero no más allá de donde las cosas comienzan a descubrir los otros siste-

mas. El pensamiento masculino es muy competitivo, está basado en la competición, en cambio el pensamiento femenino está basado en la cooperación. La cantidad prima en lo masculino y la calidad prima en lo femenino. La dominación prima en lo masculino y la asociación prima en lo femenino.

Piensen que todo lo que se está hablando hoy sobre generar capital social pasa mucho por el pensamiento femenino y una de las cosas es la asociatividad. Las investigaciones que se han hecho sobre asociatividad por ejemplo correlacionando asociatividad con salud de las poblaciones hay una correlación casi lineal; sin que esto explique cómo se relaciona una cosa con otra, pero se ha podido comprobar que las sociedades o comunidades con mayor asociatividad donde más fácilmente la gente se junta con otros para resolver problemas, la salud está mejor que donde la gente no se junta con los demás para resolver los problemas y se la banca solo. Esto apunta a dos cosas, primero es que desde el psicoanálisis lo podemos comprender mejor que todos tenemos ambos componentes, femenino y masculino, o sea esto es lo propio de lo masculino en occidente. El pensamiento oriental masculino pasa mucho más por esto, el pensamiento oriental es tremendamente para nuestro gusto, nuestra cultura, femenino; no es una cuestión de ovarios y testículos, es un problema cultural de cómo se han estructurado los gestos en la cultura. Kapra que estuvo muy metido, él es físico, se doctoró a los 23 años de partículas elementales en Viena pero participó activamente del movimiento... nunca sacó el pie de la ciencia, eso es lo importante de Kapra, que trae todas las otras cosas del pensamiento oriental, es un hombre que ha estudiado mucho, ha estudiado mucho la filosofía oriental y está en todo el pensamiento oriental pero no lo desconecta, él lo que busca es cómo se pueden juntar en el mundo de la ciencia con este otro mundo y él dice con respecto al movimiento hippie que permitió que por lo menos a nivel de indicadores muy externos y no consustanciados con los problemas de valores y de pensamiento, permitió que los hombres sacaran afuera cosas femeninas como el pelo largo, los aritos, las pulseras, los collares. Falta todavía que saquen el modo de comprender la vida. Y se conecta a

mi gusto, con algo que descubrí el año pasado, sobre los paradigmas de las dos líneas de desarrollo, de las dos concepciones y prácticas en salud, gracias al concurso por la titularidad de la Cátedra de Salud Pública. Ahí salió un tema que yo trabajé sobre los paradigmas, que lo había conocido por Kuhn, en vez de tomarlo ya como algo definido, ir a buscar cuál era el paradigma que estaba detrás de las concepciones psicóticas en salud y aplicando una metodología que implicaba el despertar las dimensiones de mayor significación para las problemáticas en salud como es el soporte teórico, axiológico, el soporte operativo y el soporte actitudinal, encontrar las subdimensiones y luego ya con éstas ir a ver qué encontraba en cada una de las dos líneas. Podía llegar a un solo paradigma y que las dos líneas puedan complementarlos, o podía ocurrir que llegara a dos paradigmas que podían ser relativamente complementarios o antitéticos. Lo que yo encontré fueron dos paradigmas absolutamente antitéticos, que coincide perfectamente con el paradigma salubrista que es un modo más abreviado de denominar el paradigma social expansivo y que tiene mucho más en este sentido de femenino que de masculino que sí prima en el paradigma individual constructivo o paradigma químico constructivo.

La estructura del saber es mono o bi disciplinaria o si es médico se apoya en la biología, si es psicólogo se apoya en la psicología o en la psicobiología. Acá es multidisciplinaria exhaustiva o sea toma todo lo que puede en salud y a lo mejor el año que viene incorpora un saber que no estaba esperado, por eso es expansivo. El objeto del saber es la enfermedad, piensen cómo se forman los médicos, los odontólogos, los psicólogos es para la enfermedad, el social expansivo es el proceso de salud - enfermedad. Por ejemplo la Facultad de Medicina de la regional sur de Santiago desde la presidencia de Frei padre hasta el golpe militar de Pinochet fue un programa de medicina social que fue totalmente centrado en el proceso de salud - enfermedad. De ese programa egresó el actual director de Salud Mental de Chile. Yo estudié medicina cuatro años y recuerdo mi primer contacto con lo humano fue con un cadáver y se supone que los médicos van a trabajar con la vida no con la muerte. En esta carrera

de Chile el alumno tiene su primer contacto con una familia en un patio, ni siquiera en un gabinete o en un lugar descontextual, no, en el barrio. Se le era adjudicado como alumno de esa materia la responsabilidad de la salud por supuesto con el nivel de sencillez correspondiente al alumno que recién empezaba. Lo primero que veía el alumno era Higiene, no Patología, o sea estamos inundados de teoría de la enfermedad y no tenemos una teoría de la salud.

En Chile el alumno transcurría toda la carrera como agente de salud de la familia y las cosas que iban pasando en las cosas del proceso de salud de esa familia él las tenía que llevar a la facultad; por ejemplo si en primer año el chico de la familia hacía una apendicitis él iba a la cátedra de Clínica Quirúrgica y decía "soy alumno de primer año y ha pasado esto en mi familia" entonces le daban una ficha, una unidad didáctica para un alumno de primer año sobre el tema de la apendicitis. Asistía al acto quirúrgico, ayudaba en el postoperatorio al cirujano. Había una articulación entre el hospital, la familia y la Facultad de Medicina.

Público: Algo se hace en la UBA que tiene que ver con esto, se llama Módulo de Atención Primaria.

- Ya lo sacaron.

La estrategia de atención primaria de la salud es lo mejor que ha generado hasta ahora occidente para trabajar en salud. Por supuesto que es sumamente peligroso para el mercado de la enfermedad y se ha hasta pagado para degradarla y muchas buenas personas bien intencionados les he escuchado decir, como a Floreal Ferrara que es atención de segunda para poblaciones de cuarta. Es atención de primera para cualquier población del mundo, que privilegie el valor que se está usando, pero nadie ha pensado algo mejor que la estrategia de atención primaria. Ahora, se le ha puesto el nombre de atención primaria a cualquier cosa, yo nunca vi un programa de atención primaria en la Argentina hasta hoy.

Hay indicadores que uno puede usar, si alguien dice "este programa es de atención primaria" uno tiene que ver por ejemplo el comunicador, bueno a ver, explicame dónde está y cómo es la instancia de

transferencia del saber profesional a la población. ¿Qué instancias de capacitación hay de la población?, "no, no acá es un equipo técnico que se está desarrollando". No, en algún punto tiene que haber una capacitación en vez de llamarla transferencia, del agente, del vecino para que sean agentes primarios. "No eso nosotros no lo hacemos", entonces no les dan atención primaria porque si no hay participación, no hay atención primaria y la participación sólo existe cuando hay transferencia de mi saber profesional a los pobladores.

Público: Lo que pasa que transferir conocimiento es transferir poder.

- Es transferir la manija... yo puedo hacer primer nivel de atención con atención primaria o por otra cosa que no sea atención primaria y puedo hacer tercer nivel de complejidad para atención primaria o por otra cosa. Atención primaria no es simpleza de la cosa, además lo simple para llegar a hacerlo simple hay que saber mucho y lo simple puede ser sumamente complejo. Hay ciertos criterios que uno tiene, por ejemplo, si algo es muy engorroso no sirve para la salud. Si algo es muy caro, le desconfío. Por supuesto que en el tercer nivel de complejidad las cosas son caras pero cuando yo veo cosas caras en el primer nivel, no va. Lo que es más eficaz para conservar la salud de la gente sana y para resolver problemas donde la salud ha sido alterada pero que está en sus comienzos de complejidad del problema, las cosas más eficaces son las más baratas y más simples. Desde lo profesional es lo más difícil de pensar, yo recuerdo por ejemplo a Hugo Miguez que trabaja mucho en adicción y alcoholismo, es un hombre que sabe. Ha trabajado en programas de problemas de alcohol, trabajó una vez para el Ferrocarril y para los talleres metalúrgicos cuando todavía eran monstruos. Y el trabajo que hizo fue generar agentes primarios en salud.

El eje teórico - técnico, la clínica restrictiva, la clínica expandida o epidemiología usaban una hipótesis etiológica etiopatogénica ¿qué era la etiopatogenia?, la etiología es el estudio de la historia natural de la enfermedad, la etiopatogenia es lo que pasa en la persona. Por

ejemplo, cómo entró el bacilo de Koch en Juan Pérez y qué hizo adentro, qué pasó que ahora está tuberculoso. Raúl no está tuberculoso, ha logrado defender bien su organismo y tiene ya la primera infección y la inmunidad propia de él. Ese tipo de cosas las explica la etiopatogenia pero la etiología estudia todo lo que está antes de la entrada del bacilo de Koch y por qué llegó a entrar y cómo está dispuesto.

Entonces acá las hipótesis utilizadas son etiopatogénicas, fíjense cómo trabajan los psicólogos en psicoterapia y en general van a lo intrapsíquico y ahí buscan la explicación y la solución. En el caso del paradigma social expansivo es lo etiológico integral. Los componentes etiológicos involucrados hasta el huésped y el agente, cualquiera sea el agente, el Complejo de Edipo o lo que sea. Acá el ecosistema de salud que tampoco es la familia porque el sistema ese es un sistema más abierto que se involucra en un sistema más amplio y ese es un sistema más pequeño.

La significación del ser humano acá se lo toma en cuenta exclusivamente como un hecho de la enfermedad en tanto es portador o potencial portador de la enfermedad se lo toma en cuenta, si no es portador de la enfermedad no se lo toma en cuenta.

La única especialidad médica que zafó de esto es la pediatría, inclusive si bien no tenemos teoría de la enfermedad tenemos patologías, teorías patológicas o sea de la enfermedad pero no tenemos teorías higiológicas. Hasta que la humanidad no tenga una higiológica no va a comprender el proceso de salud - enfermedad. Los únicos que han elaborado, no una teoría de la salud en sentido científico pero sí un cuerpo sistemático de ideas e intuiciones relacionadas con lo que sería una higiológica son los pediatras, ¿en qué? en la curricula y como acción desde la curricula corresponde el niño sano. Son los únicos profesionales de la enfermedad que zafan de eso y son también profesionales de la salud. Porque eso de llamarlos profesionales de la salud, Ministerio de Salud, programa de salud es un verso. Somos profesionales de la enfermedad, Ministerio de la Enfermedad, presupuesto de la enfermedad y programa de la enfermedad. Esa es la realidad; en todas las áreas, en todas las formacio-

nes técnicas y profesionales, enfermeras, psicología, inclusive musicoterapia, terapeutas ocupacionales, inclusive lo he percibido en las trabajadoras sociales también el influjo de la enfermedad. Y aunque parezca mentira aparte de lo que tiene de procesal y voluntario del sistema que funciona así, hay acciones específicamente dirigidas a generar hipocondría en la población. Agarran los suplementos de salud de La Nación o de Clarín, vean las publicidades por ejemplo de Aspirina de Bayer que ya largan aspirinas especiales, si ustedes analizan lo que van a ver, no importa que haya de la gripe, del infarto, de esto o aquello, es para cubrir mayor cantidad de población desde el punto de vista etéreo, agarran desde los niños porque hay una que le largan a los chicos hasta los viejos. Pero como lógicamente la población que consume esto es una población que es la que más dinero suele tener y son en general muy sano entonces ahora largaron la aspirina para el stress porque ellos saben que a los 30 o 40 años la gente está como gato trepando por las paredes para escalar la pirámide social. Hay otra publicidad que agarra a los adolescentes que son unos toros y vacas de sanos (para no hacer una diferencia de género), aparece una chica que va a una fiesta y le aparece un granito y entonces se toma una aspirina y sale contenta a la fiesta, se tapa el granito y va contenta porque tomó aspirina. Todo eso no muere ahí tampoco, todo eso va generando un efecto diario y va entrando inclusive en ámbitos profesionales.

La significación del ser humano como un hecho de enfermedad y en lo social expansivo como instancia del proceso de salud, la ubicación del eje de significación y valoración en el profesional, sus teorías y sus técnicas. Acá el eje de significación de valoración pasa por la comunidad y sus problemas y la solución de los problemas. La actitud del desertor ante los usuarios es autocrática, o sea a la persona le está pasando lo que mis teorías y mis libros, el DSM IV o el CIE 10 me dicen, y lo que no está ahí no existe, pese a que el mal logro existe, no existe el miedo que detectamos como investigación epidemiológica cualitativa que hicimos en Avellaneda, no existe aunque involucra a más de la mitad de la población. Por eso muchos colegas ven enfermedad donde no la hay, colegas que están por ejemplo en

los gabinetes de psicopedagogía, la maestra le manda el chico problema que en general es el más sano del curso y ellos en seguida de buena fe ven que tienen o un daño cerebral mínimo o tiene algún problema psicopatológico o un retardo, le ponen un sello y marcan de por vida, estigmatizan a una criatura, responsabilizan a la escuela, a la familia, y el problema seguro que estaba en la maestra; o por un choque de subcultura de clase media de la maestra o subcultura de clase obrera del niño y eso se podía resolver muy simplemente, no digo que no sea trabajoso resolverlo pero no es engorroso. Y se deja a la maestra que va a seguir instruyendo chicos, marginando chicos.

En la orientación fundamental del efector es protectora y promocional y esto tiene que ver, con una actitud rehabilitadora donde se pone en juego aún frente a la enfermedad. Acá aparece una persona con cáncer, agarro todos los cañones que tengo, químicos, radioactivos, y le tiro al pulmón, en el medio lo mato al tipo. Acá voy a ver cuál es el quantum, el potencial de salud que esa persona tiene, porque una persona que se está muriendo todavía tiene potencial de salud y más de una persona en coma y ya en estado terminal por distintos problemas y dolencias, de golpe vuelve al estado de conciencia con una lucidez absoluta y puede llevar una hora, dos o tres, se contacta con sus seres queridos, nadie ni una comunidad, ningún ser humano cualquiera sea su situación deja de tener un potencial de salud. Cuando yo me planto en una villa miseria puedo decir "población en riesgo, vamos a ver que daño está por venir y vamos a tratar de parar el daño", sin entender que toda población en riesgo ya está dañada, no hay riesgo sin daño previo. Si no me ocupo de este daño no voy a poder evitar aquel y éste se va a agravar, entonces yo me veo en una población, por ejemplo una villa y lo que pienso es cuál es el potencial de salud que hay acá y vamos a ver qué personas recipientes hay, qué equipos recipientes, qué recursos de salud todavía tiene esta gente que todavía no los activó y trabajando con ellos voy a ver cosas que yo veo del potencial de salud, entonces comienzo a desarrollar el potencial de salud y seguramente la enfermedad va a retroceder y aquel daño futuro tampoco se va a producir.

Cuando aparece una persona HIV positivo nadie trabaja en el potencial de salud de esa persona y hay muchos casos de gente que se pone a trabajar con lo que tiene de potencial de salud, cambian el estilo de vida, comienzan a hacer una vida sana, empiezan algunos a dejar la droga, a hacer gimnasia, yoga, etc. y cuando uno habla con ellos hace 10 años que son HIV positivo y viven perfectamente bien y en condiciones de salud. Yo no estoy diciendo con esto que tiremos el preservativo por el aire y nos olvidemos de él sino que el HIV positivo no tenga que estar bajo control médico, pero lo que estoy diciendo es que esto de la orientación fundamental del efector, este paradigma también es central y fundamental.

El objeto de la acción del individuo descontextuado, es la persona que está en el escritorio o en el hospital o en el periférico o en el consultorio privado, pero acá estamos hablando de salud pública. Acá es el ecosistema de esa persona, es la familia que yo veo ahí con él que además es un sistema abierto que está en el ecosistema del barrio; y si yo quiero resolver en serio los problemas tengo que lograr que el efecto buscado de la acción no sea la remisión de la enfermedad entendida como desaparición de síntoma sino que sean los cambios en el ecosistema. Si yo tengo un chico desnutrido lo voy a nutrir, no cabe duda pero voy a trabajar con la familia para que esa familia cambie los hábitos alimentarios y ahí no se me desnutre nunca más ni este chico ni ningún otro miembro de la familia. En este modelo la persona atendida hoy, viene a ser atendida mañana, pasado, traspasado; el gasto se hace hoy, mañana, traspasado. Los remedios se venden hoy, se vuelven a vender mañana, y se venden traspasado, acá por supuesto el remedio que se uso, no se lo di yo, no digo que sea tan terminante, estoy exagerando para mostrar las diferencias.

Esta es una cosa interesante para tenerla presente, los chinos tienen un dicho: "Gran parte de lo que el ojo ve está atrás de la retina", esto tiene que ver con lo que yo decía sobre las vicuñas, y Emerson dijo "las personas sólo ven aquello para lo que están preparadas para ver". Einstein, más acá dijo "es la teoría la que decide lo que podemos observar" y comienzan a pensar entonces en la formación técnica y

profesional de uno, qué es lo que pueden ver los alumnos de Psicología egresados de la U.B.A. Y si esto lo podemos observar, creo que podemos hacer y esto depende de los paradigmas, del paradigma vital que se forma en el entorno familiar y social y en el ciclo educativo primario y secundario en el proceso de socialización y luego en la formación universitaria teórica y práctica que le dan los cimientos del sentido no común, sino del sentido profesional y el paradigma, ya por lo tanto, proximal, el paradigma este que acabamos de ver recién.

¿Cuál es la formación? Hablo de las facultades que conozco, Córdoba, Rosario, Buenos Aires, sobre todo Buenos Aires. El inmenso campo de la Psicología, que hoy es un campo en plena expansión y diversificación de áreas de aplicación, surgiendo especialidades nuevas como por ejemplo uno ve ahora en los congresos trabajos sobre factor humano en organizaciones de alto riesgo. Todos temas sobre los vuelos espaciales, los trenes de alta velocidad computarizados, las plantas atómicas, requieren el control del funcionamiento de esos complejos sistemas de alto riesgo, pero son factores humanos los que controlan y ahí surge toda una psicología de problemáticas del factor humano en situaciones de alto riesgo, complejas, como existían hace cien años en general. Todo eso va haciendo de la Psicología la disciplina más importante de la actualidad. Sin lugar a dudas, todos los problemas de la humanidad son de factor humano. Cuando digo Psicología, por favor entiéndanme que no estoy refiriéndome únicamente a los que tienen el título de Psicólogos, sino a los que, ya sea por otras carreras o por carreras terciarias, tecnológicas, están manejando el factor humano. Ahora en lo que hace a la formación universitaria de todo este amplísimo campo que tiene que ver con lo educativo, organizacional, laboral, social, comunitario, comunicacional, rural, infinidad de cosas. Si uno se toma en lo que hace a la salud, dentro de la salud podríamos ver la salud-salud o la salud en cuanto a enfermedad. Esto se restringe, primer reduccionismo al que es sometido el alumno, sólo el subcampo de la enfermedad; dentro del subcampo de la enfermedad puedo ver desde una mirada holística el proceso de salud-enfermedad y cómo

se funciona de gente, cualquiera sea la naturaleza de manifestación preponderantemente orgánica o psicológica, o preponderantemente social. Porque la definición, todos estamos de acuerdo, nunca vi que nadie la discuta, y es que "la salud es la condición de bienestar físico, psíquico y social", se dan vuelta y dicen "tomamos en cuenta lo físico, nosotros los psicólogos tomamos en cuenta la psicología" y lo social nadie lo toma. Y si salud es eso, enfermedad es malestar físico, psíquico y social, entonces la pobreza estructural es una enfermedad, y una enfermedad grave. Y yo con eso no estoy ni medicalizando o ni psicopatologizando nada, sino poniendo las cosas en su lugar y responsabilizando al gobierno de lo que debe responsabilizarse. La pobreza estructural es una enfermedad de manifestación física, psíquica y social, bajo peso, talla pequeña, enfermedades, problemas intelectuales, del desarrollo cultural y del saber y ni qué hablar de problemas sociales, y todo el sistema reproductivo. Es un problema que no está en el DSM IV, ni el CIE 10, y es el la enfermedad más grave que tenemos en Argentina, porque para peor se reproducen mucho más que en cualquier otro nivel de la sociedad. Y la pobreza cultural es, no contagiosa, es constitutiva de la persona, ni siquiera hay una instancia que separa a este individuo de este otro que va a ser contagiado, es una instancia constitutiva misma. Ese feto en el vientre de la madre es un feto pobre estructural, sub-alimentado, a veces alimentado con cosas tóxicas como el alcohol y va a nacer en un nacimiento propio de la pobreza estructural y va a ser un bebé pobre estructural.

De todo esto, del subcampo de la enfermedad, le hacen creer al psicólogo que existe la enfermedad mental. Por si alguien pudiera decir que un esquizofrénico no tiene componentes orgánicos o embriológicos, o como si una persona que padece un cáncer no tiene componentes mentales como factores predisponentes, determinantes y que van a incidir en la evolución de la enfermedad, en la posibilidad de cura.

Un alumno, un graduado, hace poco me decía "el cerebro no tiene nada que ver con el psiquismo" y como si hubiera dicho una frase de prócer la remató diciéndome "porque el psiquismo está estructural-

do como un lenguaje". Claro, uno no podía hablar en ese momento con él, pero si no la pregunta hubiera sido ¿qué hay de isomorfismo entre la estructura y la dinámica neuronal y la estructura de los lenguajes?, pero claro, si el cerebro no existe, no puedo hablar del cerebro, no tiene nada que ver con el psiquismo y eso no se aprende en la facultad, ni siquiera de la vida social porque nadie, si yo voy a cualquier persona en la calle y la paro me va a decir "¿está loco usted?", inclusive van a llegar a un error contrario es que todo sale del cerebro, si la mente estuviera sólo en el cerebro y no en la totalidad.

Dentro de la enfermedad mental uno puede hacer muchas cosas, inclusive prevenir. La prevención es un disparate aún cuando la doctora Doltó, lacaniana y francesa, hacía prevención primaria y encima por radio, ni siquiera escribió algo de esto personalmente. Lo único que se le enseña o forma al alumno es para el enfoque puramente de prevención secundaria a lo asistencial. Ahora yo puedo hacer actividad clínica en un ámbito privado, en un ámbito público, que las prácticas públicas son mucho más complejas que las prácticas privadas y si yo formo algo solo para las prácticas privadas no los habilito para las públicas; si lo formo para las prácticas públicas lo hago mucho más exitoso que la práctica privada, pero también puedo hacerlo comunitario dentro de un hospital o un consultorio privado y es algo muy distinto hacer clínica comunitaria. En Venezuela están trabajando mucho en clínica comunitaria, hicieron una carrera de postgrado en clínica comunitaria. De todas esas posibilidades al alumno se lo forma para el modelo de consultorio privado, nuestros psicólogos como profesionales discapacitados, sostienen al enfermo posible de ser tratado en este modelo que son muy pocos, esa es la realidad. Ahora, esta formación me da a mí qué tipo de mirada tengo, la mirada del paradigma clínico.

El problema se lo recorta al individuo, está en el hospital totalmente descontextuado desde el modelo clínico restrictivo entonces se le hace una especie de compartimiento estanco en función de esta persona ahí aislada y el que lo atiende define el problema, la explicación del problema.

Si se formaran todos como se formaron en Chile esos médicos,

entonces el reporte este involucraría la mirada del paradigma salubrista, el ambiente con la persona también, no al individuo, persona. Y es esta totalidad la que define el problema, la explicación y la solución. Entonces si yo tengo acá un obrero formalizado con una neurosis, una agarofobia que no le permite salir de la casa y acá al lado tengo un hombre ya jubilado, que vive de rentas, de buena posición económica que tiene también una agorafobia, los problemas son absolutamente diferentes; tal vez compartan la explicación, pero la solución también es diferente. Y yo en un caso tengo que resolver las cosas en 20 días o 60 días y en otro puedo darme el lujo de estar 3 años.

El modelo salubrista es muy pragmático en la toma de decisión, en el buen sentido, un concepto pragmático que acá si hemos usado y que ha sido aplicado para clasificar a los políticos degradados, corruptos. Pero pragmáticos desde el punto de vista de la filosofía pragmática y de la epistemología pragmática. Entonces si yo tengo una persona con una parálisis sistémica y yo no soy psicoterapeuta ni hay uno en el lugar, ni siquiera un psiquiatra para que me pueda atender por alguna vía farmacológica o también por una vía psicoterapéutica; no hay que pensar que los psiquiatras son capaces y muy eficaces para trabajar con un problema de manifestación preponderantemente psíquica. Si yo no tengo eso, no tengo un grupo o lo que sea. Entonces yo apelo si es que la hay, a una persona que me resuelva el problema, y esa persona en la rehabilitación que pueda mover su brazo y no me interesa la explicación de cómo se resolvió. Por supuesto que voy a tratar de dar lo mejor, pero dentro de lo mejor no voy a dejar de dar lo bueno porque no tengo la excelencia. Desde ese planteo uno escucha mucho, entonces ésta sería la mirada del paradigma salubrista.

Cuando por ejemplo en San Isidro insisten con el modelo recontra restrictivo clínico y uno empieza a plantearles las otras cosas se los fundamento, dónde está la solución, cómo hacemos con un sistema público de salud que da un promedio de dos entrevistas por profesional por día. No va, entonces qué hacemos, no me insistas con lo

mismo porque esto que estás haciendo vos desembocó en esto. En salud no rechazo Lacan, no rechazo nada porque para mí son teorías, son herramientas de trabajo y las tomo cuando son útiles y las abandono cuando no son útiles, no estoy tan chillado como para pretender montar un taller mecánico con un destornillador como única herramienta y entonces decir que lo que afloja y ajusta el destornillador es lo que la mecánica permite arreglar y lo que el destornillador no ajusta ni afloja, entonces no existe. Y por supuesto que al hacer la analogía mecánica no es que esté pensando mecanicista en lo que hace a salud.

Público: Yo tengo una reflexión más que una pregunta, cómo uno a veces es funcional con este sistema, nosotros estamos trabajando en un tema que nos preocupa a todos que es adicciones. Cómo preguntamos por lo que no estamos viendo, por ahí no estamos viendo lo que estamos haciendo. Estamos haciendo... iatrogenia en el sentido de que vivimos también de la enfermedad y en el inconsciente esto nos puede jugar una mala pasada y no dejamos de estar trabajando a veces inconscientemente a favor porque vivimos de esto.

- Es muy loable lo que vos planteás y es un dilema que puede ser grupal como ahora o puede ser personal en la soledad de la noche pero es un problema real que hay que agarrarlo con las manos y tener la prudencia y modestia de decir "mirá yo acá también me estoy embarrando" pero veamos de qué modo podemos hacer las cosas que sean más positivas para la sociedad.

Por ejemplo, fui a dar una charla a la Universidad de Quilmes sobre el tema Adicciones. En un momento hablo sobre la legalización de la droga como única salida. Se armó un despelote fenomenal... corremos la carrera de la liebre y la tortuga, o sea que ninguna empresa puede vivir sin una empresa de marketing, el que fabrica esto tiene para vender esto, sino se funde. Y entonces viene toda la cuestión de generar estrategias que vayan desde los atributos unitarios del aparato, pero de ahí se proyecta que se vende esto más que aquello, los atributos utilitarios, y a todos los productos que están en el merca-

do, todos. Todos los lavarropas lavan más o menos igual, entonces empiezan los atributos simbólicos. El marketing se establece a través de los atributos simbólicos; o sea yo compro este lavarropa porque siento que me da más status y tomo este whisky que es igual al otro, porque a través de la publicidad yo al tomar este whisky casi soy como el duque de Wilson.

Pero la cosa es cómo funcionamos los seres humanos y cuando ya el mercado no da más me meto con los chicos y entonces hoy en día es uno de los factores principales del mercado que es la infancia, ya sea porque piden cosas para sí, se han vuelto materialistas los chicos. A los 5 o 6 años no quieren zapatillas si no son de esta marca o de aquella, sacaron todas las marcas para afuera en la ropa. Presionan a los padres a que compren cosas que pueden ser un televisor o una computadora. El tema del marketing es un tema sumamente importante, más allá del juicio ético que podamos hacer nosotros y de la ética que tenga el empresario para hacer un desarrollo de la estrategia común. Ustedes pueden tener la empresa que quieran, Nike, en el rubro de productos que quieran. No hay empresa en el mundo por poderosa que sea que se acerque al 20% de la fenomenal estrategia del marketing del producto; es brutal porque hace su marketing con el producto mismo, es como si la fábrica Sony le regalara una televisión a toda la población del mundo, sería un marketing exitosísimo pero lo llevaría a la quiebra porque no le comprarían más porque ya lo tienen.

Ninguno de nosotros conoce las estrategias de marketing de la droga más que en una parte, no sabemos qué publicidad de droga está recibiendo a través del cine o la TV pagada por el narcotráfico. La publicidad de Camel estuvo dirigida a la primera infancia, de 1 a 5 años, y ahí ese es su mercado. Investigaciones que se hicieron posteriores llegaron a determinar que tomando poblaciones homogéneas, que en un estrato por razones de familia las figuras identificatorias de la infancia eran la de Walt Disney y en otro las del camello de Camel, en la segunda población hay muchos más fumadores que en la primera cuando llegan a la edad de la adolescencia. Y dentro de la población de fumadores por supuesto que los que tienen la figu-

ra identificatoria del camello fuman Camel y no otras marcas. Los que tienen la figura identificatoria de Walt Disney fuman otras marcas, también Camel.

Yo no sé si hoy no hay en la TV o el cine películas que son financiadas por el narcotráfico. Y el supuesto programa de lucha contra la droga que iba y se explicaba en los colegios, yo tengo las cartillas que hacía la PFA con todas las drogas y los efectos que producían, esto era para incentivar la droga. Es fenomenal el dinero que maneja la droga, más que la industria bélica. La droga tiene el líder en cada esquina del colegio, son líderes entrenados, saben cuál es el líder de los grupitos. Primero hace caer al líder y luego, él sabe, ya no se mete más, el líder va a difundir por lo menos la prueba por efecto de la presión grupal para todos los pibes. Y esto no es fácil de contrarrestar, cualquier actividad de lucha contra la droga es la tortuga. El marketing de la droga nos gana pero lejos en sofisticación técnica y en infraestructura del producto en el mercado.

Entonces el único modo desde mi punto de vista es legalizar la droga y vender libremente y que encima sea buena droga, no las porquerías que venden porque de ese modo yo reviento toda la infraestructura marketinera y los hago pedazos. Considero que de ese modo no habría fondos publicitarios, no habría nada porque no habría narcotraficantes, entonces no habría carteles...pero la Bayer no me va a poder armar una infraestructura como la que me puede armar hoy el narcotráfico, no digo que no lo haría si tuviera intención de hacerlo, no tiene cómo pagarlo y la publicidad la controla estatalmente.

No el que quiere es adicto, ciertas estructuras de personalidad y cierto ecosistema sociofamiliar que son los que generan la predisposición al adicto. Como no son todos, yo sé que van a ser adictos sólo los que pueden serlo. Y son menos que los que consumen droga y muchos de los que consumen droga terminan en adictos sin tener la predisposición para serlo.

Es lo mismo que el alcohol en Norteamérica con la Ley Seca, cuando se legalizó el alcohol, la cantidad de alcohólicos bajó porque hubo menos gente que tomaba alcohol y por lo tanto ya sabemos que el

30% de los que tienen ingesta de alcohol son los que hacen alcoholismo enfermedad y al menos cambian el metabolismo para transformarse en un determinante físico del alcohol.

Supongo que acá si se despenaliza la droga va a bajar la cantidad de adictos. Además la droga va a perder muchos de los atributos simbólicos y por lo tanto va a haber menos gente que la quiera probar. Y si alguien no prueba droga no puede ser toxicómano nunca.

Ojalá hoy los pibes se iniciaran en la vida social con vino y no con cerveza porque a causa de que la cerveza no tiene alcohol, tomo unas cantidades enormes de alcohol, monstruosas y me están descalabrando la situación de salud de la juventud y vamos a tener, porque demora de 8 a 15 años, la aparición del alcoholismo con dependencia física; vamos a tener abrumadores aumentos de alcohólicos enfermos por años, por largo tiempo.

Ahora, hecho el daño ¿cómo retrocedemos?

Yo estoy seguro, y estoy buscando para poder detectar y comprobar mi sospecha que las tabacaleras y específicamente la que fabrica Marlboro, se han detectado en profundas y profusas investigaciones psicológicas que hace; piensen Uds. que toda la semiología se desarrolló por el trabajo en publicidad en Francia, o sea la investigación psicológica que se hace para marketing es de alto nivel académico, acá no tienen una prensa, pero en EE.UU. los profesores trabajan en marketing, algunos con ética y otros diciendo "bueno, ese es un problema de él, yo investigo sólo para esto que me han pedido de ciertas cuestiones motivacionales y punto". Pero han descubierto que hay un mercado importante en volumen y en potencial económico que yo le llamaría el Mercado Tanático. Yo creo que Marlboro niega haber hecho investigación que le permitió detectar que hay una enorme cantidad de gente joven, adolescentes y adultos jóvenes que tienen una atracción fascinadora con la moto y jugar con la moto, porque primero que Marlboro hace su publicidad siempre con deportes de riesgo, hasta el estúpido deporte de saltar con un pie a un precipicio que es simplemente gente adicta a la descarga de adrenalina, que también produce adicción, o si no son las carreras de Fórmula 1, o son deportes de desquite, de alto riesgo, saltar en para-

Mensaje anónimo dejado en la sede de OPS/OMS de Perú.

caídas. Después aparecieron en el diario unos avisos muy grandes por unos 10-15 días que decían "no se deje engañar por los filtros, los cigarrillos light, todos producen enfermedades" y explicaban las enfermedades. Después me enteré que Marlboro vende una etiqueta que viene como un prospecto de remedio, un papel pegado entre el celofán y la marquilla que explica todo el daño que produce el tabaco, mucho más que lo que comúnmente se dice.

En EE.UU. las tabacaleras tienen un juicio monstruoso de 900 y pico mil de millones de dólares y se cuidan de eso. Pero creo que lo otro también está presente, inclusive hay países que ahora le ponen una calavera con los dos huesitos a la caja del cigarrillo y yo imagino un pibe sacando, frente a la piba que quiere conquistar, su etiqueta con la muerte y fumando, porque justamente fumo porque soy macho, y soy tan macho que me la juego frente a la muerte.

Público: Nosotros mismos muchas veces como operadores en el área preventiva trabajamos con mensajes tanáticos para muchos adolescentes que el único límite es el tema de la muerte, y a veces las drogas asociadas a la muerte como mensaje preventivo, juegan absolutamente en contra.

- Inconsciente o conscientemente, lo tanático a mucha gente le atrae y yo creo que la droga entra dentro del juego tanático, igual que el cigarrillo, con distintos niveles; con diferentes "beneficios adicionales", la droga me produce un efecto; el cigarrillo, otro, andar con el auto a 200 Km., otro. Pero la atracción por la muerte es la misma. Hay diferentes tipos de muerte, uno es en un hospital; la otra, tirado en la Panamericana.

2.2. Producción Grupal

"De la Intervención a la Interacción Comunitaria"
"En-focando la tarea"

Grupo Focal formado por:

Andrea ARAYA, Susana DI MAURO, Laura DUEÑAS,

Carla LOREA, Raúl PELLENDIER, Sebastián PEREZ PANELLI,

Mariana PIROZZOLO, Mariela STAFOLANI y Claudio SCARAFÍA.

"En esta época de cambios radicales, los que aprenden son los que heredan el futuro. Los que saben todo están equipados para vivir en un mundo que ya no existe".

Cuando leemos el "nombre" del grupo focal "jóvenes e intervenciones comunitarias" y luego los ejes sobre los cuales tenemos que producir (y articular?), no podemos de dejar de pensar en algunas preguntas que quedaron resonando luego del primer encuentro que tuvimos. Qué es no comunitario? De qué hablamos cuando hablamos de intervenciones comunitarias? Cuál es la puerta de entrada? Por qué las dicotomías? Por qué producir en forma separada; lo nuevo, lo viejo, los nuevos, los viejos? Tenemos dificultades para reciclarlos? Desde qué lugar habla cada uno?. Preguntas que anteceden a la propuesta presentada y que sería interesante podamos pensar...

La intervención supone un acercamiento previo, el moldeado de proyectos con programas específicos, basados en una planificación, con variables definidas, campos delimitados, lógicas diversas, etc. Podemos escuchar dos niveles uno endo (nuestros lugares de trabajo) y otro exo, en relación al objeto al que dirigimos nuestra mirada. No es lo mismo pensar la intervención como un acto donde "uno interpone su autoridad" (una de las acepciones del término), a un "hacer con" o "tener parte en el asunto" (otra acepción del término

y que más nos agrada por cierto), con una lógica ubicada bajo determinadas coordenadas que se dirija a..... una búsqueda de un efecto que propicie un cambio, dejando marca no sólo en "lo intervenido" sino en nuestra manera de hacer las cosas, ya que nos ubicamos como parte del asunto.

Antes de pensar en la "intervención comunitaria", es posible sugerir como punto de partida el pensarnos en nuestra cultura de trabajo, para poder construir un propio programa con indicadores evaluativos del proceso a iniciar.

Se observan tres dimensiones, una macro que tiene que ver con una política determinada que nos señala el objeto, "El malestar de la cultura" de nuestra comunidad de referencia y el nuestro, el de la "Cultura CPA" nuestra propia identidad, con frustraciones a costas y con ganas aun de pensar en un cambio posible frente al avance inefable de los procesos de marginalización profunda. Consideramos entonces, que una política de Estado (en este caso Provincial) que marca un proyecto determinado, no puede generar programas viables si no se piensa en función de la articulación de las tres dimensiones antes mencionadas.

Los Centros de Atención se ubican como articulador de la política a implementar con la responsabilidad de generar un programa capaz de interpretar la "demanda" y la "necesidad". El desafío, poder combinarnos sin sucumbir en el intento "reproduciendo en nuestros Centros aquello en lo que pretendemos generar un cambio".

Las preguntas son viables en la medida que propicien la posibilidad de realizar una evaluación de los modelos sostenidos hasta ahora y se tenga deseos de propiciar modelos alternativos.

La "programación" es una deuda que tenemos con lo social y no nos referimos a la ejecución de programas sino a la realización de una planificación estratégica centrada en una programación local participativa en cada uno de nuestros lugares de trabajo. Igualmente cabe preguntarse ¿por qué deberíamos cambiar y no seguir haciendo lo mismo? Esta pregunta tiene plena validez, surgen varias ideas como posibles respuestas, pero se señala una, la frustración e insatisfacción que a veces se escucha y que se convierte en un "pedido

de..." quedando del lado de la queja en lugar de una búsqueda de soluciones a determinadas dificultades o problemas con los que nos encontramos a diario.

Programar, buscar ejes que marquen coordenadas etc, y en este proceso lograr una apropiación de lo que hacemos, pudiendo generar un cambio en las formas de respuesta a los problemas de la población que asistimos o pretendemos llegar y también en nosotros, en el modo de hacer, de ver, de mirar. Poder pensar nuevos indicadores para evaluar la naturaleza de los servicios y programas que brindamos actualmente.

Podríamos pensar que las producciones que estamos intentando co-construir deben llegar a los lugares en donde desempeñamos nuestras funciones no sólo como tales, sino como "intentos de producción de efectos en", sino corremos el riesgo de que se transformen (grupos focales, foros, jornadas, etc.) en lo que Guattari denominó efecto de "electroshock pedagógico", que consiste en quedarse con la sensación de que esto puede cambiar todo y al llegar a nuestros lugares de trabajo termina la patología fagocitándonos las ganas de.... El desafío es que esto sirva para impactar en la capacidad de transformar, por ejemplo, que la programación esté articulada con capacitación permanente y con una comunicación fluida y efectiva con los niveles superiores de decisión. Si un programa no impacta primero en nosotros, es difícil pensar alguna modificación en situaciones esclerosadas, viciadas de descreimiento y manipulación.

Trabajamos bajo la forma de una planificación normativa intentando reproducir modelos provenientes de los niveles Centrales y en algunos casos de manera automatizada, seguramente de suma utilidad pero donde cambiar algo instalado resulta difícil y costoso, ya que se pondrían en cuestión las formas de respuesta automatizadas a partir de programaciones anteriores, y en este caso a las formas repetitivas de intervenciones comunitarias. Lamentablemente, los espacios donde podemos reflexionar acerca de nuestro quehacer cotidiano por lo general se encuentran lejos de nuestro propio lugar de trabajo y donde pensamos las intervenciones también se

encuentran lejos y más lejos aun donde se van a realizar. Si no programamos seremos programados, poniendo en juego representaciones previas. Por eso pensamos que esto debe darse en los Centros y con los actores que participan en la obra, no ya espectadores, para poder articular un programa provincial a la particularidad local en la que estamos insertos, y no caer en la repetición de más de lo mismo, que genere así mas descreimiento, desautorice y nos termine frustrando.

La capacidad de un proyecto proveniente del nivel central dentro de un "Centro que programa" un proyecto basado en una planificación estratégica produce efectos totalmente diferentes al que no lo hace, ya que el primero tiene la capacidad de articular la problemática específica con la demanda marco, elaborando las dificultades que se le van presentando.

Resulta imprescindible entonces, agregar la percepción de aquellos a quienes se dirige la intervención; de esta manera tampoco estarán siendo programados por quien sabe quien, sino que serán sujetos activos del intento de generación de un cambio. Es decir, si nos basamos en nosotros mismos y el "mapa" utilizado está equivocado o representa otro territorio, seguramente las acciones que realicemos también lo estén. Si la gente participa activamente de este proceso hacia la posterior implementación de lo planificado para la intervención, resulta una oportunidad de aprendizaje para todos. La gente es muy sensible para detectar la participación de la "pseudo-participación" y podrían preguntarse: quién me convoca? Para hacer qué? Esto debe estar claro porque la gente detecta fácilmente si hay o no una propuesta de compartir.

Para poder pensar un programa planificado en forma estratégica para una intervención local y participativa (de todos los niveles), se puede sugerir partir de una serie de preguntas simples:

- 1) Qué problema vamos a enfrentar?
- 2) Qué queremos lograr?
- 3) Qué vamos a hacer?
- 4) Con qué lo vamos a hacer?

- 5) Con quiénes contamos para hacerlo?
- 6) Cómo nos organizamos?
- 7) Cómo sabemos si avanzamos?

Y esta última resulta de suma importancia, ya que apunta a la construcción de "indicadores", sabiendo desde el comienzo que algunos de ellos tendrán que ser formulados sobre la marcha. Tal vez nuestro propósito central no tenga que ser intentar crear y ordenar racionalmente las variables que suponemos de "esa realidad" antes de comenzar, sino ser capaces de mantener cierta "direccionalidad deseada" en medio de una marcha llena de imprevistos. Además no estamos ajenos a "ciertas cuestiones": si estamos trabajando en salud tenemos que lograr resultados en salud o saludables; me parece que no alcanza con decir lo que hicimos, porque es muy distinto decir eso a decir lo que logramos.

Pensar un programa de construcción colectiva implica que todos somos responsables de lo que se escribe. Proponer un debate previo y luego una escritura es una propuesta interesante. Tal vez podamos pensar en otro método quizás con mayor funcionalidad a modo de "rotafolio" donde lo problematizado es lo producido, siendo co-responsables de poder ubicar el problema para diferenciarlo de la queja.

¿ Quizás el primer paso sea poder "intervenir-nos...interactuar-nos ?

"Una aproximación histórica mirando el presente: Contexto político, económico, social y cultural"

Para poder comprender los movimientos juveniles actuales es necesario ubicarlos como formando parte integrante de una estructura política, económica, social e histórica cultural, las cuales condicionan a la organización de este grupo etéreo en sus fines, estructuras, procesos etc.. Por lo que podría decirse que los mismos se encuentran en continua interacción con su medio, es condicionada por este y a su vez intentan dominar o controlar a aquel.

Por lo tanto, es necesario vislumbrar a este fenómeno contextualmente, sin este análisis todo intento de interpretación cae en un comprensivismo reduccionista y el abordaje por parte de los profesionales o de toda persona que intente trabajar con este grupo, limitadas a prácticas burocráticas, repetitivas y por supuesto en un voluntariado desgastador y devastador.

Es decir, requiere ser considerado en el contexto de los procesos económicos, políticos, históricos, sociales y culturales impuestos por el modelo neoliberal.

Si separamos el análisis en dimensiones o variables de estudio encontramos que la de carácter político es la más compleja. Podríamos arriesgarnos a decir que no se reduce a un simple análisis de los lineamientos de la política que fijan los organismos internacionales, a los cuales recurrimos en busca de ayuda financiera, quienes delimitan una política nacional ignorando la realidad concreta de la Argentina. Es decir, la realidad se corresponde y ajusta congruentemente con el modelo económico y social, o quizás, es la lógica resultante de dicho modelo. Lo que no implica desconocer el impacto que ellas tienen al nivel de la planificación de las macro y micro políticas institucionales.

La devastadora crisis económica iniciada a principio de los años '80 dejó recortada la educación, la salud y el empleo, pilares fundamentales para el crecimiento sostenible de la sociedad, además del lamentable nivel social y cultural alcanzado por los sujetos sociales siendo los niños, adolescentes y jóvenes los más desfavorecidos.

Actualmente la población rural se ha convertido en refugiados económicos urbanos y los obreros industriales en vendedores ambulantes, que han caído la producción y el valor real de los salarios con el crecimiento del desempleo y el subempleo, que la apropiación de la riqueza recae en sólo un 1.5 % de la población, que los excluidos no pueden ser incorporados a los circuitos electrónicos que definen el circuito del dinero, que ha pasado a ser la mercancía dominante, que mientras han perdido legitimidad los regímenes represivos, hay que incrementar el número de policías para mantener la "seguridad" de la población (cuando no son protagonistas de algún escandaloso

acto de corrupción), que los partidos políticos están obsoletos y una buena parte de sus dirigentes, como de los representantes de la justicia son corruptos.

En este sentido, la crisis es un momento particular del desarrollo de las contradicciones internas de un sistema, tiene el sentido de deconstrucción de lo construido para generar algo nuevo. La crisis pone en juego a todos los componentes que la componen y de ahí su riqueza. La crisis es simultáneamente, reveladora y operadora; revela lo latente y lo virtual. La crisis pone en funcionamiento todo lo que puede aportar cambio y transformación.

Es evidente que el Estado no distribuye su poder, ni aun cuando suscribe "alianzas revolucionarias". Es evidente que no hay superación de la pobreza con políticas asistencialistas, que la educación y la concientización (o como sucede en algunos casos: lavado de conciencia), por sí, tampoco lo logran, que cada día cobra mayor valor "el miedo a la libertad" en una sociedad donde todo aparece hecho, pensado por otros, para los demás.

Y bien, en este hoy y aquí, cuando hablamos de Jóvenes, ¿de qué jóvenes hablamos?, ¿en qué paradigma sustentamos la interpretación?, ¿acaso podemos hacerlo en aquella ética puritana del siglo XV (pensador, virtuoso, carismático, amor al prójimo y trabajador)?; ¿podemos hablar del paradigma del control social y de la simplicidad, llamado funcionalismo, en este mundo de disfuncionalidades, en el cual lo desviado es lo cotidiano? Hay que escuchar lo que la juventud comunica a través de sus palabras, de sus silencios, de su indiferencia, de su ocio, de su apatía, de su creatividad, de su violencia.

La fragmentación alude a una quiebra de identidades entre actores, a la desconsideración del otro y de lo otro, negándolo, suprimiéndolo, segregándolo manteniendo un arcaico autoritarismo, aun en espacios llamados democráticos.

El futuro es incierto, si, pero la incertidumbre es el fondo de las creatividad humana. Frente a la crisis no hay recetas posibles acabadas, la enfermedad y la salud coexisten enfrentadas. Y hay que optar por una de ellas.

Parafraseando a Antonio Machado:

"caminante no hay camino se hace camino al andar".

Vivimos en un mundo caótico y la gran aldea globalizada parece a simple vista como impenetrable, como diría Jorge Luis Borges vivimos en un mundo que es pura literatura, es decir, de ficción. Este mundo en el que vivimos ya no es perfecto como decía Descartes, pues entonces devenía de Dios, ni es tampoco una máquina perfecta, ordenada, como suponía el físico y astrónomo Laplace. Ese mundo se derrumbó, es apenas una referencia en la memoria. Al orden sostenido teológicamente o totalitariamente, se sucedió un orden producido y legalizado por la razón y la tecnología, en la que el hombre quedó reducido a su conciencia. Soy el que piensa, luego existo.

Esa conciencia despliega hoy nuestra tragedia: la incertidumbre de nuestra cotidianeidad. Ha terminado una era de optimismo y se ha abierto una de caos. Por un lado, tenemos una sociedad del orden, la conformidad, el equilibrio, visto como un mundo al derecho; y, por otro, la sociedad del desorden, vista como un mundo al revés, sin la poesía que le imprimiera María Elena Walsh. Orden-desorden, como categorías dialécticas que hay que abordar para aventurar una comprensión de esta realidad, hoy y aquí que ya no solo es local, sino que, con sus variaciones, es universal.

Se ha luchado por liberar el tiempo de la actividad humana. ¿Con qué fin? ¿El del paro, la marginalidad opresiva, la soledad, la ociosidad, la angustia la neurosis? Hay quienes piensan que el mundo actual tiende a generar dos tipos antropológicos: el fanático y el zombi. El primero, como efecto del retorno a los fundamentalismos políticos, religiosos, étnicos; y el segundo producto de la cultura del espectáculo, cuya finalidad es llenar los ojos y vaciar las cabezas. La incomunicación y la soledad son núcleos temáticos de la cotidianeidad actual. En el escenario de lo cotidiano se han instalado la violencia y el vandalismo (de arriba hacia abajo, de abajo hacia arriba y transversalmente) como rechazo, ruptura de un vínculo social débil,

un culto ridículo a la destrucción. La propia ciencia ha debido admitir que sus lecturas de la realidad, cuyo desciframiento no tiene fin, no puede satisfacerse con sus formalizaciones, con su aislamiento de un medio en el que dichas afirmaciones son enunciadas, que deben efectuarse intercambios de lenguajes entre las distintas disciplinas científicas, el arte, la filosofía buscando caminos nuevos, saberes nuevos. Los periodos de transición hacen retroceder las fronteras de lo imposible.

"¿Qué significa ser jóvenes hoy?"

Ante de aproximarnos a los jóvenes es necesario entenderlos. Primero quizás comprender qué significa ser joven, y luego, más precisamente qué significa ser joven en estos tiempos.

Siempre es tarde para una primera buena impresión. Por ello, antes de acercarnos a ellos, es menester hacerse algunas preguntas. ¿Cómo son los jóvenes hoy, qué buscan, qué rechazan, que los torna receptivos y qué hostiles?

Quizás sea necesario dar algún rodeo para poder responder algo de estos interrogantes.

Digámoslo de entrada: es errónea la idea fácilmente evidente del "retorno". Los jóvenes no buscan rescatar lo perdido de un tiempo que ya pasó, no creen que todo tiempo pasado fue mejor.

Instauran un tercer modelo, que no encuentra ya su paradigma ni en las morales religiosas tradicionales, (primer modelo), ni en las modernas de la servidumbre al deber ser (segundo modelo).

Primer modelo

En el paradigma antiguo todo era fundado en lo religioso.

"La moral era Dios". "Dios era la moral"...; sólo por su voz se conocían la verdad, sólo por la fe reinaba la virtud. Sin el auxilio de las Sagradas Escrituras y el temor de Dios no había más que extravíos y vicios. No se podía pensar nada por fuera de la esfera de la religión. La Iglesia se encargaría de consolidar este sistema "ordenado" y evitar las

rebeldías.

Y fuera de la Iglesia no había moral.

Segundo modelo

La modernidad reacciona, y descubre que detrás de esta sujeción de la moral a la religión hay un discurso de poder. Y busca desembarazarse más que de la fe, de la Iglesia, estableciendo criterios humanoracionales sin recurrir a las verdades reveladas.

El paradigma es: el individuo y sus derechos. Ya no son los deberes hacia el Creador sino los derechos inalienables del individuo lo que conforma y organiza la sociedad.

El Renacimiento traerá la idea del progreso.

El hombre del segundo modelo es disciplinado, austero, trabajador, emprendedor, lanzado al dominio calculado y sistemático de este mundo. Un hombre metódico, que por el autocontrol domina sus emociones y su espontaneidad; creyente en la virtud del trabajo y el progreso y combativo del ocio, atrofia sus sentimientos y no se permite registrarlos; meticuloso, minucioso en sus maneras, controlado. Sujetos aptos para el dominio del mundo. Todo hacia una ética laica, ajena a cualquier verdad revelada, pero hija del "¡tú debes!".

Libros, discursos, monumentos, tenían por objetivo formar ciudadanos responsables y trabajadores heroicos.

En las escuelas se incitaba a los niños a las obligaciones de higiene y de trabajo, el amor a la patria y al progreso. Todos cantaban el himno al sacrificio a la rectitud, y la lealtad al deber. Era la sociedad Victoriana, la atmósfera de Freud.

En este espíritu se formaron quizás la mayoría de los padres de los jóvenes de hoy.

Lo religioso es ahora minoritario y marginal. El mundo ya no se estructuraba desde "el más allá". Aparecieron cada vez más, en ese lugar, visiones, explicaciones y concepciones de la vida y de la realidad en su sentido último.

Nacieron así las ideologías socio políticas: el socialismo; el liberalismo, e infinidad de "ismos", que competían con la religión en su fun-

ción de dar sentido. Las ideologías totalizantes eran nuevos "relatos" de salvación del hombre. Entramos en lo que Lipovetsky llamó "mercado de ideologías". Cada una competía con su "rival" que amenazaba su conquista.

Esto estuvo detrás de las dos guerras mundiales y de la posterior guerra fría.

Y los hombres comunes se preguntaban detrás de qué verdad corrían. ¿Existía el dueño de tal verdad?... ¿Existía tal verdad?...

Se dudaba ya de tal fundamento a partir del cual se pudiera edificar algo en común. Esta disolución de la verdad se llamó "la muerte de Dios". ya no existe algún principio sobre el que se comience a pensarse la realidad.

"Sólo queda el vagabundeo incierto" (Vattimo). Ya no hay caminos que vayan a un fin, a una realidad.

Estamos en el umbral de la posmodernidad.

Tercer modelo

Hoy el progreso, en su versión capitalista o socialista está en crisis. Caen los grandes sistemas. No han podido aportar soluciones definitivas. Y se transforman en una amenaza, en una provocación latente de terrorismo.

El esperado "hombre moderno" ilustrado y crítico, guiado por la ciencia, se muestra frustrado y desesperanzado ante el mundo construido por su pretendida autonomía. Un mundo de competencias y guerras que ponen en serias dudas el ideal del pretendido progreso.

¿Progreso?...

La opresión del deber asfixió, y generó profetas que desenmascaraban a los supuestos "buenos intereses modernos". Freud, Marx, Nietzsche, Sade, los surrealistas, todos denuncian la ilusión del deber ser, la moral es quimera, falsedad, atrofia de la vida y máscara de los intereses, hipocresía y disfraz de las pasiones inmorales. El bien es "alquimia del mal". Los "buenos" son "malos que disimulan". Se desacraliza la conciencia virtuosa.

El mundo ya no es "Espacio Sagrado", "Escenario de los juego de

algún Dios".

Sólo importa ahora lo que siente cada individuo. No hay más necesidad que sentirlo para legitimarlo como respetable.

Había que crear ahora una lógica burocrática para transformar en ley lo que cada uno desea.

Esta dinámica creó un hombre ajeno, espectador, despreocupado por lo social, indiferente; pues le llevó a pensar que su accionar no influye en el medio. Se desresponsabiliza de la historia. Aquí hunde sus raíces la indiferencia política creciente en los jóvenes.

El hombre de hoy, los jóvenes posmodernos al fin creen que ¡Hay que renunciar sin desencanto a los meta-discursos legitimadores! (Lyotard).

Detrás de la propuesta de ellos está la preocupación por escapar del poder, del control y la regulación. No quieren ser "usados" para transformar la realidad sino que pretenden vivir esta realidad, en sí misma. Ya ni siquiera importa, como hace una década atrás que la vida no tenga sentido; se sabe... y no importa.

Buscan la afirmación de "lo vivido" sin ánimo de conquistar "otra cosa". No hay otra cosa.

El culto al presente como una crítica frontal al futurismo del "Progreso" moderno. No quieren escapar del presente para buscar "un mañana mejor".

Nos encontramos con el "vagabundeo incierto" que impone una situación donde no hay principios ni criterios fijos, fundados de una vez por todas.

Apuestan a la apertura, a la discontinuidad, y así se protegen de la disciplina uniformadora de los tecnócratas para buscar una democracia verdaderamente participativa y creadora. Saben que una sociedad de la eficiencia, jerárquica es finalmente terrorista. La salida pasa más por abrir que por cerrar un sistema. De allí sus escrúpulos de tolerancia.

Buscan escapar de las promesas de libertad que vendían las ideologías. Saben que sólo así podrán salvarse del mito/trampa del progreso, que hasta al mismo Auschwitz han legitimado. El neoanalfa-

betismo, el empobrecimiento del Sur, el desempleo, el individualismo de los "media", todo esto no es por falta de desarrollo sino todo lo contrario. Por eso nadie se atreve a llamarlo progreso. Se disgustan ante las dicotomías, generadoras de realidades opuestas.

El ideal sería la capacidad de vivir lo bello, el instante. Veremos, no obstante, antes de sucumbir ante su seducción, si conlleva consecuencias históricas no queridas. La reacción pendular también encierra enfermedad. Y aquí encontraremos alguna respuesta para discernir por qué las adicciones hoy son epidemia, y no una enfermedad circunscripta a determinados grupos de riesgo fácilmente identificables. Para que una enfermedad se transforme en una epidemia es necesario que la cultura misma la acoja en su seno y la incorpore en sus códigos. Y, desde allí denuncia, pide, clama por un cambio. Veamos entonces qué factores de esta cultura posmoderna van de la mano de la patología adictiva. Veamos cuáles son los códigos adictivos que la cultura apadrina: Se ha perdido, con el horizonte histórico, el sentido de la historia. Sin telos (fin) la historia no existe. Vivimos en la inmediatez, en el presente, moviéndose de aquí para allá, pero erráticos. Nos hallamos ante la saturación de información, un alud de noticias sin estructuración axiológica que los hace perder la frontera de lo importante y lo trivial; a la noticia del crimen le sucede la nota de la farándula. La idea es no durar, quizá para no reflexionar. Para ello las cámaras no sostienen sus planos, se mueven, se agitan. La realidad se nos da en imágenes. La Realidad es una versión mediatizada. Será vendida y consumida. Nos hallaríamos en el contexto de lo siempre nuevo que cada vez produce menos novedad. Entramos en lo que Ghelen llamó: "el progreso que se convierte en rutina", lo que los críticos de Frankfurt vieron que era la necesidad para sostener el sistema liberal: la novedad y renovación de los productos para sostener la sociedad de consumo.

A casi nadie se le escapa que detrás de esto existe un interés consumista y económico, y se acepta este riesgo para evitar el fantasma del totalitarismo que aparece una y otra vez detrás de cada propuesta de "verdad".

Desde las imágenes no importan los fines ni la propia identidad, hay que celebrar la locura, el deseo. La cultura de lo inmediato nos ha dejado un ser que privilegia lo emotivo y sensitivo sobre lo racional reflexivo, con poca o ninguna capacidad de simbolizar la realidad. Se acostumbra a manejar los parámetros "lindo-feo", "placer-displacer" como único criterio para actuar. Necesita de una permanente hiperestimulación. Es el zapping como actitud vital.

No puede permanecer. Ansía la totalidad, no puede ni sabe perder. No tolera la frustración ni puede elaborar las pérdidas. La velocidad rotativa de las imágenes, que supera la capacidad crítica de la conciencia, lo torna necesariamente superficial. Olvida lo grave, queda pegado al instante, se queda sin historia.

Esta necesidad de cambio permanente lo vuelve impaciente, esclavo de las sensaciones que los magos de la sociedad de consumo utilizan con fines económicos y propagandísticos.

Pregunta: ¿avanzamos a un mundo más humano por eso o es una ideología fruto del escapismo y subjetivismo producto de los medios?

La lógica de los medios es ahora otra libertad-trampa pensada para esclavizar. Sus consumidores se engañan al creerse libres.

No puede hablarse de libertad cuando se le permite al consumidor hacer lo que desea porque ya desea lo que otros quieren que desee. El escape siempre sugerido narcotiza sus angustias, y vive sin sentido, en secuencia "flash".

Algo de todo esto resuena en la patología adictiva. La cultura y la epidemia manejan los mismos códigos, se asocian, se motivan. Pero el dolor muestra la sociedad perversa que han creado.

La cultura pide ayuda, y, a su modo, lo denuncia en cada joven que pide tratamiento.

"Modernidad y Globalización: Algunas consecuencias"

Vivimos en una época posmoderna, en la que no hay memoria del pasado ni deseo de futuro, predomina la cultura de la inmediatez; la aspiración no es "estar bien" sino "pasarla bien". No se experimenta angustia, sino vacío y aburrimiento. El deseo, como motor que posibilita ir en pos de un objeto se desvanece, parecería ceder a la necesidad de la satisfacción inmediata.

Este mundo global y de consumo, como así se autodefine la nueva economía mundial, entramos a hablar de otro tipo de consumo, donde paradójicamente es un consumo que nos consume. Dentro de ese marco es donde vamos a hablar de las adicciones, en donde la situación de dependencia o de relacionamiento con la sustancia es de tal magnitud que causa serios trastornos a la capacidad de expresión de quien lo sufre.

A lo largo de la historia las drogas fueron adoptadas por distintas culturas, alcanzando a veces un valor ritual. de allí que no podemos considerar que el uso de las drogas corresponda exclusivamente a los grupos marginales o algunas culturas aisladas.

En la actualidad la droga forma parte del mercado capitalista y su producción involucra la economía de poblaciones enteras.

Las drogas son sustancias que poseen la particularidad de influir sobre el organismo y producir un efecto embriagador. Es una manera de no querer saber nada, de desentenderse del mundo y de sus problemas, encerrándose en el universo cerrado que suministra dicha sustancia.

La droga, no es ni puede ser, un objeto dañino en si mismo. Es dañino por sus consecuencias a partir de la existencia de un sujeto que la ingiere y se convierte en protagonista a partir de ella.

Para la adicción se necesitan cuestiones de interés humano, que tiene que ver con lo profundo (singularidad de cada sujeto, su historia, con el inconsciente). Pretender hablar de la droga como un objeto adictivo en si mismo es un absurdo (modelo biologicista).

Hay un problema que tiene que ver con lo cultural, la cultura significa y resignifica los objetos, es decir les otorga un lugar. Por Ej. en una sociedad de caballeros, el caballo es un objeto valorado en una sociedad donde la gente se moviliza a pie, el caballo no significa nada.

Con la droga pasa lo mismo, ella protagoniza en la medida en que determinada cultura le otorga valores a esa droga, le confiere posibilidades de causar el mal, entonces se produce una "demonización de la cultura", la droga aparece como el diablo actual, por lo tanto estarían demonizados por el "objeto malo" quienes la consumen.

Así como la droga o la sustancia toxica, taponan la angustia, es decir no querer saber nada de aquello que produce malestar sufrimiento, la cuestión del prejuicio, esta concepción moral, obturaría la comprensión del fenómeno. Se ataca el mal y no a su causa, ya que hacerlo nos llevaría a confrontarnos con nosotros mismos, al tipo de cultura que nos alimenta y que nosotros retroalimentamos.

Hay una cuestión que favorece esta manera de ver las cosas y es que el pensamiento internacional dominante mantiene una relación fundamental con esta demonización de la cultura. Los modelos de prevención suelen partir de los centros de poder, estos modelos que se basan en la segregación, se manejan con términos antitéticos; blanco negro; bueno y malo, no ponen el acento en las drogas socialmente aceptadas, que son principalmente las de producción psicofarmacológica, es decir los medicamentos, además del alcohol y el tabaco. A esto no se los incluye porque se estaría en contradicción cultural, económica. Recordemos que la industria farmacéutica es una de las tres producciones económicas más importante del mundo.

Durante los años 80, junto con el encantamiento que producen los medicamentos, se crean los grandes manuales de psiquiatría, tratando de describir y clasificar la diferentes enfermedades mentales, cada uno podía encontrar su lugar en ese gran libro, con su correspondiente droga, es decir el cinismo de decirlo todo que obtura la posibilidad de que el síntoma algo quiere decir.

Este encantamiento producido por la clínica del medicamento terminó por producir un extraño malestar:

"Si todo susceptible de un tratamiento medicamentoso ¿dónde se sitúa la frontera entre lo normal y lo patológico?

Lo patológico no es ausencia de norma, indica por el contrario una configuración nueva del organismo, una adaptación posible del viviente a las perturbaciones del medio exterior o interior por la puesta en su lugar de otras normas. La enfermedad empuja a la vida a comprenderse como creación de normas" (Canghillem).

En el discurso actual opera fundamentalmente el mercado mundial que intenta uniformar los modos de gozar. Los productos de la tecnología que, para taponar la división del sujeto, bombardean constantemente con una oferta saturada de bienes descartables.

En este sentido, podría decirse que el rasgo de la subjetividad de principio de siglo era soñar, el deseo insatisfecho, el modo actual se acerca más al dormir, dejando al deseo anoréxico, bulímico, o adicto, en tanto el Ideal de renuncia ha dado lugar al consumismo y por lo tanto al taponamiento de la causa del deseo por la invasión de productos del mercado.

"Afortunadamente, el ser humano es hasta el día de hoy un ser impredecible", y decimos afortunadamente porque eso es justamente lo que le otorga libertad y lo que le da esa esencia humana propia.

Si algún día la ciencia y el desarrollo tecnológico permitieran predecir con certeza absoluta el devenir de alguna conducta humana podríamos, en ese momento, incidir sobre determinadas coordenadas perfectamente predecibles, y modificar el rumbo y hacerle hacer a ese ser lo que queramos, y así tendríamos en esta forma tan sencilla, sin la necesidad de ninguna operación cibernética, un exterminador, un robot. Es decir lo impredecible, aunque sea parcial, del ser humano es el último refugio de su humanidad" (Mariano Ciafardini, durante una conferencia sobre la peligrosidad en el campo jurídico y en el campo clínico).

"De Intervenciones a Interacciones Comunitarias"

Cuando hablamos de prevención de adicciones no lo hacemos como un mensaje a ser multiplicado y difundido por la población, la entendemos como una intervención sociocomunitaria en diferentes espacios sociales, lo que implica singularizar estrategias a partir de las propias características sociales y culturales de la población sobre la que se quiere actuar.

Encontramos en nuestro trabajo cotidiano que la intervención en una población en particular, se encuentra fuertemente atravesada por la fragmentación donde se reflejan claramente las expresiones particulares de la crisis sufrida por nuestro país.

Consideramos pues, que debemos apuntar a estrategias sociocomunitarias interrogándonos acerca de cada situación en particular sea esta familiar, barrial, institucional, etc, teniendo como eje la posibilidad de integrar, incluir y articular lo fragmentado, quitándole el protagonismo a la sustancia "droga" y mirando hacia los factores que generan la drogadicción. Por tal razón creemos en la importancia de reconocer a las personas con las que nos encontramos en nuestras intervenciones como sujetos históricos sociales, sabiendo que un sujeto se construye a partir de los otros, en términos de sociabilidad de lazo social.

Según Graciela Touze: "La construcción del uso de drogas como problema social encuentra fundamento en diversos procesos económicos políticos y culturales. Muchos análisis sobre el uso de drogas han eliminado su complejidad, para reducirla, naturalizarla y circunscribirla a la interpretación jurídico-penal o psiquiátrica. Las prácticas profesionales de diferentes disciplinas reproducen esos saberes lo que se expresa en estereotipos que contribuyen al desarrollo de procesos de estigmatización social de individuos y conjuntos sociales"

Las drogas están en el corazón mismo de la sensibilidad contemporánea, ya que representa el imaginario que la sociedad mantiene

con las drogas y sus usuarios. El adicto sensibiliza, exaspera, amenaza, trasciende el "sentido común", igualando el concepto de droga, a la palabra estigma, en tanto evoca la representación de una señal, una mancha y sobre todo en el ámbito familiar es vinculado a la vergüenza y la deshonra, razón por la cual se demora muchas veces, años hasta que una persona es acompañada a un tratamiento.

Siguiendo a científicos sociales, como la Lic. Nora Aquin, vislumbramos que en el campo comunitario hoy se da una lucha de sentidos: neofilantropía y ciudadanía. La primera interacciona con el otro como víctima y culpable, como ser pasivo (paciente). en una segunda línea de trabajo, entendemos que la sociedad civil y sus distintas formas organizativas tienen una gran capacidad para realizar el valor de la equidad que ha sido el objetivo histórico de la política social, así como impulsar relaciones de solidaridad, como operación cívica y expansión de la ciudadanía.

La perspectiva ciudadana, incluye un combate por la inclusión, que exige abandonar los viejos criterios estigmatizantes que caracterizan a las personas a ciertas instancias sociales o fenómenos desde el polo de la carencia.

Los cambios ocurridos en los últimos años muestran una gran heterogeneidad en lo social surgiendo la necesidad de apelar a la singularidad de los grupos con los cuales se interviene. No podemos pensar nuestro trabajo descontextuado de los cambios acaecidos en nuestro país, esto nos significa revisar los modelos de intervención en función de adaptarlos a nuevos escenarios sociales, que se presenten cada vez más complejos.

Por tal razón desde el trabajo conjunto para el que fuimos convocados, acordamos en la necesidad de poder denominar el trabajo comunitario no desde la "intervención" sino desde la "interacción", ya que los que trabajamos en prevención de adicciones somos parte del proceso de construcción de lo comunitario, en donde todo proyecto va a ser viable en la medida que represente las voces de los distintos actores de la comunidad. Si apelamos a la construcción de espacios de socialización comunitaria los actores deberán participar activamente, y ser protagonistas en la toma de decisiones, dicha

situación nos permite interaccionar, brindar nuestras herramientas, y desarrollar un proyecto que responda a la singularidad comunitaria. Proponemos ampliar los mecanismos de inclusión social, es traspasar los dispositivos asistenciales, para ello prevención y asistencia pueden dar conjuntamente una respuesta integradora trabajando desde el otro como actor social, corriendo el velo a las clasificaciones estigmatizantes que caracterizan a los sujetos desde la carencia y la negatividad, donde se generan asociaciones como "drogas juventud" o "drogas delincuencia" que terminan erigiendo verdades, sobre las que muchas veces se construyen acciones de prevención y asistencia en este campo.

Entendiendo la adicción de muchos sectores de la población, en estrecha vinculación con la problemática de exclusión que atraviesa nuestra sociedad, creemos que la finalidad del trabajo comunitario apunta hoy a la problemática de la integración, es decir, a la construcción de la identidad mirando efectivamente hacia los lazos sociales.

"A modo de cierre, una apertura al debate y el pensamiento"

Podríamos inferir a partir de algunas de las consideraciones expuestas en el presente documento, en la necesidad de pensarnos a partir de un reposicionamiento como operadores que integran una red pública y específica para la problemática de adicciones que intenta intervenir con jóvenes.

Frente a estas concepciones del individuo, sobre el que intentamos interactuar y articular diferentes praxis y saberes de mutua implicación, va delineándose una clara percepción, que pensamos, no escapa al registro de técnicos y profesionales, que en el cotidiano ensayan distintas estrategias de intervención con jóvenes, y que nos interpela sobre la validación del sí mismo de los distintos recursos humanos para el desarrollo de esta tarea, es decir, con qué carga de

representación interna, con qué identidad y por ende con que monto de representatividad se es capaz de legitimar y legitimarse como propiciador de diferentes procesos sociales que incluyen a jóvenes como grupo de extrema vulnerabilidad en el sistema.

También podríamos incluir, siguiendo el presente desarrollo, la posibilidad de debatir las estrategias para la intervención con esta franja etárea, con la que, por diversas causas, no siempre se encuentran facilitados los procesos transferenciales con los diferentes miembros de la red, impidiéndose de este modo, la posibilidad de invertir a estos con los atributos necesarios para el inicio de la tarea.

Surgiría entonces la necesidad de incluir como estrategia, la articulación o asociación con aquellos sectores o actores sociales que operen a manera de espacios y/o sujetos transicionales para lograr un abordaje más exitoso a través de estas mediatizaciones.

Respecto del tema de los contenidos u objetos de la prevención en sus diferentes niveles, y en relación al impacto buscado en la subjetividad del joven, dentro del contexto socio-histórico y cultural analizado, podrían también abrirse algunos interrogantes sobre los diferentes objetivos a los que buscamos arribar con nuestras intervenciones en el campo juvenil. ¿Será acaso informar desde un modelo médico-sanitario sobre el daño o consecuencias del consumo a través de diferentes estrategias informativas? ¿o tal vez en el desarrollo de pautas psicoeducativas que favorezcan la adquisición de algunas habilidades sociales y más altos niveles de resiliencia frente al trauma social que padecen miles de jóvenes? ¿o la generación de espacios participativos a través de estrategias inespecíficas a fin de tramitar el dolor y lo siniestro en auténticas producciones estéticas, artísticas, deportivas y/o culturales como alternativa al encierro y la exclusión? ¿o la animación sociocultural y capacitación con el fin de desarrollar proyectos participativos como alternativa al no proyecto y al consumo?

Otra cuestión de vital importancia en relación al trabajo con jóvenes podría estar relacionada con la posibilidad de trabajar estructuras de

demora con este grupo, posibilitándose así una mayor capacidad de tolerancia a la frustración y disminución de la impulsividad que la ausencia de dichas estructuras provocan, frente a la imposibilidad y negación de diversos proyectos que dejan excluidos a un vasto sector de la población juvenil.

Quedan planteados, a partir del presente desarrollo solo algunos aspectos, de la complejidad que implica la tarea con la comunidad, y en particular, con el colectivo juvenil; a fin de abrir el debate y estimular el pensamiento, para la construcción de aquellas estrategias y dispositivos que transitando desde determinadas cuestiones devenidas hoy en genuinos cuestionamientos, nos permita seguir preguntándonos y hallando respuestas al desafío de una tarea, que nos habilite a curar a veces, aliviar a menudo y acompañar siempre.