

***Estrategias de Epidemiología Comunitaria :  
Centros de estudios locales (CEL) y Ventanas Epidemiológicas***



**Hugo A. Míguez**

**Investigador Independiente  
Programa de Epidemiología Psiquiátrica  
Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas**

**Buenos Aires 2002**

**Situación general**

Una visión general del siglo que acaba de terminar muestra las profundas y rápidas transformaciones que definieron el campo de la salud. Durante la década de los ochenta se señalaba como estadios sucesivos a las enfermedades que habían afectado a las poblaciones desarrolladas a lo largo de cien años, desde las enfermedades infecciosas ligadas a la pobreza, la mala nutrición y la deficiente higiene ambiental hasta, más recientemente, la violencia y las conductas de riesgo en proporciones epidémicas resultado de los cambios en las condiciones sociales de las familias y las comunidades como el desempleo, las migraciones y la disolución familiar como ámbito de elaboración de duelos y aflicciones.

Estos momentos caracterizados como etapas sucesivas para los países desarrollados fueron, sin embargo, reconocidos como problemas simultáneos en nuestra región. Llevando a señalar que los programas vinculados a salud tenían que "disminuir el énfasis en los aspectos puramente asistenciales y orientarse hacia acciones de promoción y prevención".

En la actualidad, cuando las acciones dirigidas a promover el desarrollo psicosocial de niños y jóvenes tienen que partir de diagnósticos y evaluaciones específicas, que les permitan evaluar su efecto y racionalizar sus costos, los requerimientos de información son incesantes. "Qué", "quién", "cómo", "dónde", "por qué", "para qué", son una indagación ineludible para poder determinar la acción de políticos, responsables de programas nacionales, provinciales y municipales, organismos internacionales y las propias instituciones de las comunidades.

En este sentido la situación presente en Argentina necesita de aportes que extiendan la prevención a problemas que hoy están dentro de la incertidumbre cuando se trata de definir con precisión su real naturaleza y su verdadera dimensión. Lo cierto es que los grupos comprometidos con dar ayuda en estos temas se encuentran ante la necesidad de reorganizar sus esfuerzos para ser parte de una respuesta integral a este complejo fenómeno.

Un examen global en materia de información necesaria para la toma de decisiones sobre este tema, indica que: El número de personas que demandan acciones de prevención así como aquellas que son asistidas por los problemas que depara el consumo de sustancias adictivas muestra que el país no se encuentra al margen de la fuerte presencia que tienen estos problemas en toda la región. Esto, en un contexto donde la problemática del abuso de alcohol, del tabaco, de las sustancias inhalables y de la automedicación con psicotrópicos se mantiene como trastorno endémico.

Pese a que hay elementos que ponen en evidencia que el abuso de sustancias adictivas se extiende sobre diferentes sectores, no hay hasta el momento sistemas de monitoreo rápido, sistemático y preciso que indiquen la naturaleza y alcance del problema en las localidades.

### **Marco de una epidemiología comunitaria sobre sustancias adictivas.**

Con miras a la situación general, la estrategia propuesta responde a la necesidad de dar una línea de feed back a los programas sobre situaciones de riesgo con sustancias adictivas para, de esta forma, apoyar a la acción de las organizaciones locales vinculadas a la prevención y tratamiento.

De esta forma, la idea que orienta este proyecto es desarrollar desde la comunidad una red de Centros de Estudios Locales con asiento en una pluralidad de organizaciones, para que apoyen la integración de acciones preventivas y asistenciales en cada localidad y estén en condiciones de estimar los alcances reales de sus programas con la información que obtienen.

Los centros como núcleo de una estrategia en epidemiología comunitaria responden a un enfoque caracterizado por la descentralización, la intersectorialidad, y la capacitación sobre la propia práctica de trabajadores sociales, psicólogos, médicos, voluntarios, maestros y profesores. Todos ellos, y otros más, constituyen lo que hemos llamado "la primera línea de respuesta comunitaria" y son los protagonistas de una metodología que busca la objetivación de situaciones y resultados programáticos para dar sustento a las demandas de recursos y replantear, si es el caso, la propia estrategia que desarrollan.

Los CEL o Centros de Estudios Locales fueron pensados como unidades integradas a los programas comunitarios de tal manera que estos pudieran hacer con sus propios recursos el seguimiento del problema en su comunidad aplicando procedimientos como la técnica de ventanas epidemiológicas diseñadas para su operación en el marco de atención primaria de la salud, por medio de la capacitación en servicio de los propios recursos técnico-profesionales.

Esquemáticamente se propuso dar seguimiento a situaciones como :

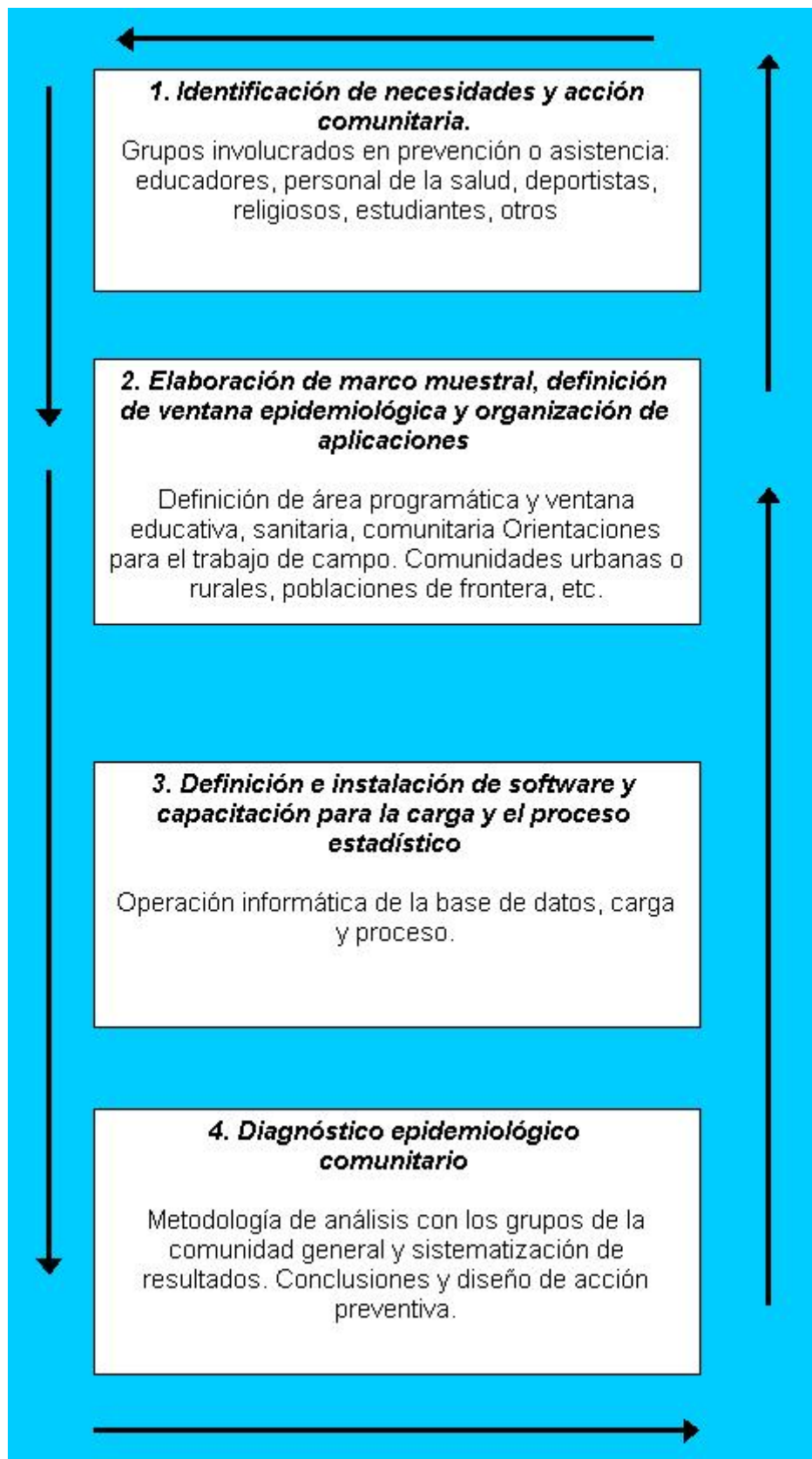
- Variaciones en los roles familiares y en la estructura familiar.

- Características de los vínculos significativos con la sociedad.
- Tendencias en la evaluación del futuro y sus planes.
- Actitudes y valores sobre la comunidad y el país.
- Perfiles y cambios sociales en el campo de la sexualidad.
- Prevalencia del uso de sustancias psicoactivas
- Prevalencia de actitudes y comportamientos de riesgo

Las actividades de estos centros implican diferentes niveles de complejidad para recorrer las etapas que implica un trabajo circular en la comunidad donde la información determina la acción y esta a su vez produce nueva información.

El esquema siguiente expresa estas posibilidades:

### **Etapas de trabajo en la comunidad.**



La cantidad de centros que pueden desarrollarse en una comunidad no tiene un límite determinado y depende de la segmentación que un programa preventivo haga de su acción y de la necesidad de los grupos por contar con datos que apoyen su acción dentro de él.

La eficacia de la red depende de mantener la unidad de criterio y de procedimientos para la recolección de

indicadores básicos y de su proceso estadístico. Finalmente, y no menos importante, depende de la comunicación y el intercambio, con una tecnología adecuada, de las conclusiones a que llegan los diferentes grupos de cada comunidad sobre la base de datos. Todos estos elementos hacen posible la caracterización de los problemas locales y contribuye a ubicarlos en una perspectiva general que se amplía conforme avanza el crecimiento horizontal de los CEL.

## **Experiencias**

Sobre la base de la conceptualización elaborada desde 1986 en el Conicet y las experiencias realizadas en distintos períodos, durante 1998 y 1999 se llevó adelante desde la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico, la aplicación más extensa del proyecto de centros de estudios locales basados en ventanas epidemiológicas. Sus resultados mostraron a noviembre de 1999 que se contaba en el país con una red de 54 centros de estudios locales que incluían aproximadamente 200 profesionales (educadores, médicos, asistentes sociales, psicólogos, antropólogos, etc.) que trabajan en actividades de prevención y asistencia. La sede de estos centros fueron diferentes instituciones como universidades públicas y privadas, municipalidades, Cruz Roja, Hospitales, Club de Rotarios, Centros de Conicet, Comunidades terapéuticas, Fundaciones y programas provinciales de prevención. La página Web <http://www.geocities.com/cel50>, difunde la información obtenida, la metodología aplicada y los responsables por centro.

### **Ubicación de los Centros de Estudios Locales a noviembre de 1999**



## **Centros de Estudios Locales.**

En la actualidad, partiendo de los antecedentes de 1998 a nivel de Nación en la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico -SE.DRO.NAR- y a nivel de Provincia en la Secretaría de Asistencia y Prevención de las Adicciones de la Provincia de Buenos Aires - SPAA- se propone desarrollar una estrategia de relevamiento sistemático de las problemáticas locales en relación al uso de sustancias adictivas en niños, niñas y jóvenes. Por otra parte, consciente del papel activo que debe tener la comunidad para impedir el aumento de estos problemas, considera que estas indagaciones deben articularse sobre un eje de participación organizada y plena.

Esta definición general lleva a proponer el desarrollo de Centros de Estudios Locales que organicen y coordinen con la comunidad la aplicación de instrumentos epidemiológicos para la medición de conductas de riesgo con

sustancias adictivas, la identificación temprana de actitudes y comportamientos de riesgo y el seguimiento de los cambios en las pautas normativas en este campo.

Al día de hoy se cuenta en la Argentina con una organización comunitaria que puede recibir capacitación para su desempeño en el campo epidemiológico, en dos niveles:

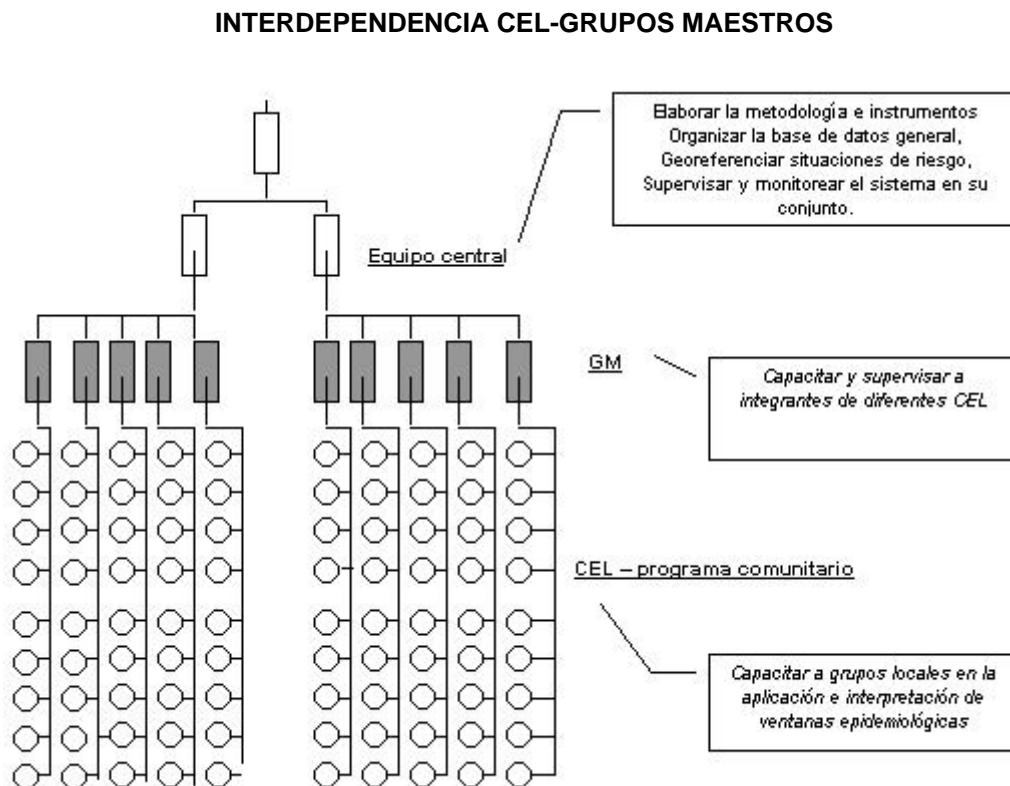
#### a. Nivel de los Centros de Estudios Locales (CEL)

Las tareas tienen que ver con capacitación para:

1. La organización de un equipo de trabajo con distribución de funciones y responsabilidades relativas al desarrollo de un sistema de feed back para los programas preventivos y/o asistenciales que lleva a cabo regularmente en su comunidad.
2. la ejecución sistemática de tareas de campo : esto incluye la conducción de talleres breves de información para preparar a los grupos de la comunidad en la producción de datos locales en materia de uso indebido de drogas mediante muestras previamente configuradas y con instrumentos estandarizados
3. la producción estadística : el manejo del software necesario para realizar el ingreso de datos a una base y la organización de la información local tanto en su presentación estadística como en sus aspectos cualitativos. La elaboración del material y la coordinación del análisis de los datos con los grupos comunitarios hasta llegar a informe.

#### b. Nivel de grupos maestros en epidemiología comunitaria

Los grupos maestros son resultado de una selección en los grupos que realizan acciones de prevención y asistencia de las adicciones en la comunidad y que ya tienen experiencia en el monitoreo de acciones. El objetivo es formar instructores para la organización y capacitación de nuevos centros de estudios locales



La capacitación del monitoreo en epidemiología comunitaria se realiza en dos áreas: la detección, capacitación y organización de recursos locales en estos temas (Centros de Estudios Locales) y la validación de la información

obtenida en la propia comunidad (Diagnóstico epidemiológico comunitario).

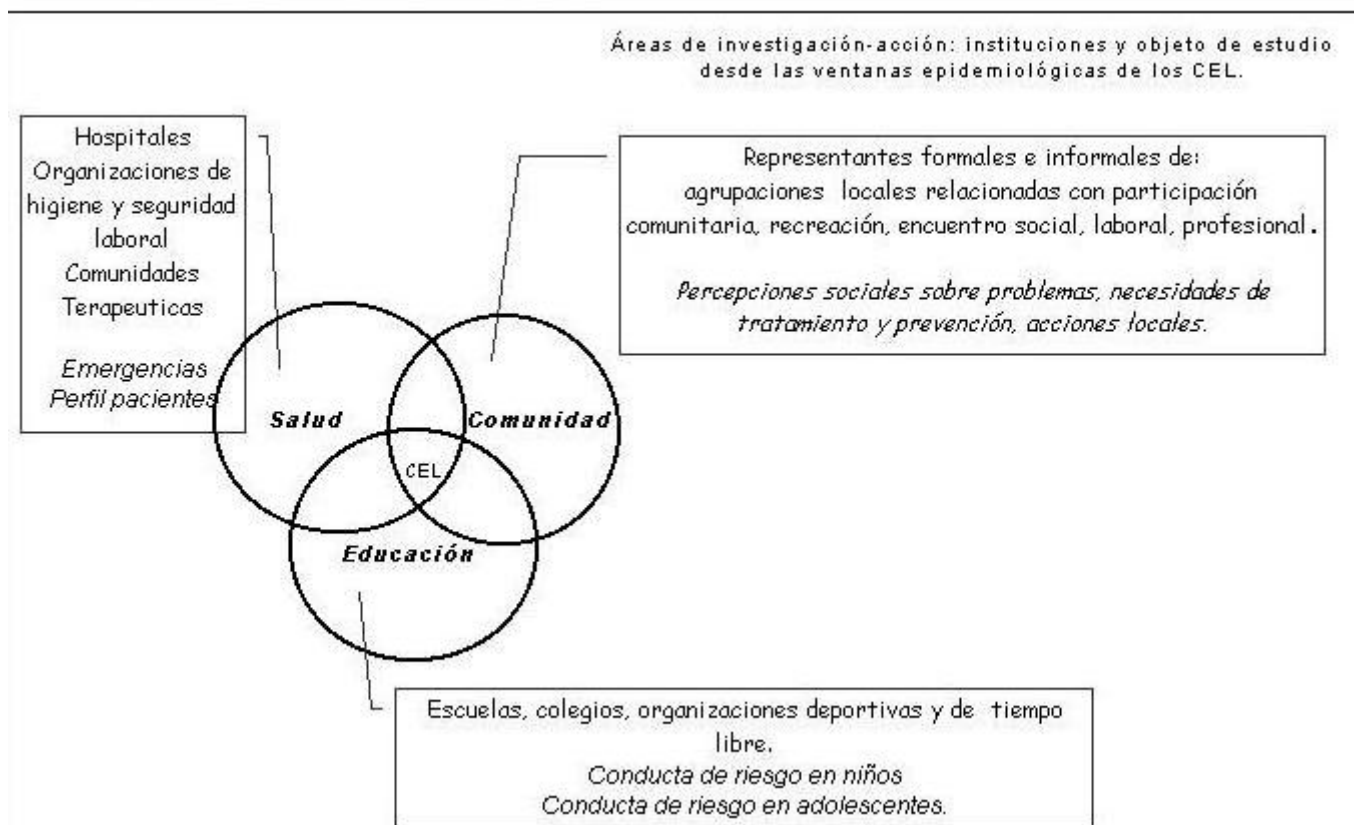
En relación al primer punto se parte de definir las condiciones básicas para hacer posible el desarrollo de un centro.

En relación al Diagnóstico Epidemiológico Comunitario se conviene entre los grupos de la comunidad y el CEL las condiciones que aseguren la calidad de la información recogida y posteriormente la participación plena de los grupos y el reconocimiento a su producción.

## Ventanas epidemiológicas.

El sistema de estadística general, en lo que hace a indicadores que consideren el uso de sustancias adictivas, con un accionar lento y poco específico, no provee datos con la oportunidad y adecuación requerida. Frente a esta situación se ha considerado que el desarrollo de Centros de Estudios Locales basados en la aplicación de estudios focales o ventanas epidemiológicas puede dar una respuesta más ágil de información y, también, cruzar los límites sectoriales del ámbito institucional actuando como enlace entre diferentes programas.

### CEL, Ventanas epidemiológicas y Areas de enlace.



### Ventana epidemiológica sobre conductas de riesgo en niños y adolescentes escolarizados (Corin-Coral)

La prevención que se desarrolla dentro del ámbito de escuelas y colegios se enmarca dentro de lo que habitualmente se caracteriza como el radio de acción de la prevención primaria y secundaria .

Los severos trastornos en el campo del aprendizaje y en el de los vínculos sociales que implica la dependencia o la adicción a las sustancias adictivas tiende a expulsar al menor afectado por ella de las instituciones educativas. De esta forma el desgranamiento de escuelas y colegios de los más afectados por los trastornos adictivos hace que por definición el alcance de la prevención en escuelas y colegios se dirija necesariamente hacia aquellos que no participan del consumo o bien que, habiéndolo hecho, se mantienen todavía en el umbral que antecede a la adicción.

De esta forma la especificidad de un programa de prevención destinado al campo de la población matriculada en una institución educativa se orienta hacia las problemáticas relacionadas con el riesgo de la iniciación y con el del abuso. En ambas el objeto de trabajo pasa por el sistema de creencias y representaciones inductoras o

legitimadores del abuso y no sobre la experiencia adictiva como sería el caso de otros grupos comprometidos fuertemente con el consumo de sustancias adictivas. Es decir que la indagación de creencias, normas, y prácticas de riesgo constituye el campo central para el diseño y evaluación de contenidos preventivos que procuren anticiparse a la irrupción de problemas cada vez mayores de un continuo creciente de trastornos. El seguimiento epidemiológico en el campo del riesgo psicológico y social es una materia básica a la hora de ponderar las diferencias en cuanto a vulnerabilidad y exposición que enfrentan los grupos de niños, niñas y jóvenes. En este caso operativamente circunscriptas al grupo de 10 a 11 años de edad y al de 16 a 17 años de edad.

La base de datos resultante es el área de trabajo para el diagnóstico de grupos de riesgo y sus problemáticas específicas por parte de los responsables de la acción preventiva en el campo educativo y comunitario. El proyecto de Centros de Estudios Locales parte en su concepción del desarrollo de instrumentos para la evaluación de estos temas y de la capacitación de grupos comunitarios para su análisis.

El ejemplo siguiente, tomado del análisis hecho por un Centro de Estudios Locales de la ciudad de Córdoba, muestra un examen de las opciones de comunicación del escolar y la confiabilidad que tiene el mundo adulto de referencia como su familia y su escuela.

*Ante la pregunta ¿Cuándo tenés un problema importante, con quién lo hablás primero?, casi la mitad de los niños respondieron "mi mamá" o "mi papá"; ninguno marcó la opción "un maestro". Pero al preguntársele a los jóvenes acerca de sus fuentes de información acerca del uso de drogas solo un 8,4 % mencionó a sus padres y el 43,1 % dijo "la escuela". Es decir que la principal fuente de información acerca de las sustancias no es la más confiable para los jóvenes, quizás como parte del descrédito en el que el mundo adulto cae para el adolescente a favor del grupo de pares. Y los padres, que son confiables para los chicos de 15 años, parece que no saben qué decir o prefieren no hablar acerca de los riesgos del abuso de drogas. O quizás no lo vean como un problema que le atañe.*

*Córdoba. Programa Cambio. Centros de Estudios Locales. 1999.*

Esta muestra de un diagnóstico de situación realizado por los propios agentes preventivos abre el campo de otra materia necesariamente vinculada a la misma como es el caso de la metodología necesaria para hacer capacitación en el campo comunitario.

A diferencia de las campañas preventivas en torno a las drogas por los medios de comunicación, en este caso lo que se busca es el desarrollo de destrezas comunicativas por parte de quien hace la prevención (el maestro, el trabajador social, etc.) para que pueda componer una conceptualización preventiva derivada de los datos (de sus propios datos) dentro de las técnicas y estrategias que conoce y aplica en su trabajo con los niños, niñas y jóvenes.

*La identificación de métodos de comunicación y aprendizaje existentes en una comunidad ayudará a determinar cómo se generan y preservan ciertos conocimientos, hábitos, creencias y actitudes. ¿Cómo aprendió la comunidad cierta información errada sobre la alimentación? ¿Quiénes son los responsables de crear y divulgar mitos y tabúes relacionados con la salud? ¿Cuál es el origen de ciertas resistencias a los cambios? Una vez que se conoce cómo se originó lo negativo y a través de qué métodos se transmite, es posible encontrar los métodos más apropiados para contrarrestar sus efectos. De la misma manera se puede encontrar los métodos para reforzar lo positivo que ya existe en la comunidad.*

*Estrategia de Comunicación. OPS-OMS*

La convocatoria a grupos de la comunidad para el análisis y reflexión sobre datos locales no ha sido una experiencia frecuente en nuestro medio. Por otra parte, el ejercicio de una epidemiología con mirada hacia lo psicológico y lo social tiene una larga historia de censura y en la actualidad, quizá como parte de esta historia, la predominancia de una mirada clínica-individual opaca la visión de la naturaleza social de los problemas de uso y abuso de sustancias adictivas.

De esta forma, investigar, explorar, probar, experimentar nuevas estrategias de capacitación que enseñen al responsable de la acción como facilitar el conocimiento de nuevos conceptos desde los datos empíricos, como



elaborarlos en distintos grupos (niños y adultos, padres y maestros, profesionales y voluntarios, etc) y como evaluar su propia acción para ajustarla, es el paso siguiente al desarrollo de la base de datos de cada uno de los CEL. Sin dejar de advertir que ya no se trata de un estudio puntual y ocasional sino de una estrategia que establece una línea de feed-back o retroalimentación constante de la acción.

### **Ventana epidemiológica sobre conductas de riesgo en niños y adolescentes en la comunidad (Corin-C/ Coral-C)**

La problemática del uso de sustancias adictivas en niños, niñas y jóvenes escapa al ámbito de la institución educativa. Por el contrario, es frecuente que el desgranamiento de alumnos a lo largo de los años encuentre en la comunidad un conjunto significativo, especialmente de jóvenes, desvinculado de la educación formal. Esta situación implica una diversidad de presentaciones del uso de sustancias adictivas, resultado de problemáticas culturales que van desde las que se corresponden con las poblaciones de niños, niñas y jóvenes trabajadores en los sectores informales de las áreas urbanas y las de las zonas de producción agropecuaria (esto incluye también a las sustancias legales), las relacionadas con los zonas balnearias y otros ámbitos de recreación, etcétera. De distintas formas es claro la necesidad de investigar, desarrollar y evaluar modelos preventivos que puedan partir de diferentes realidades y la organización de CEL es la estructura que hace factible, por su carácter local, la comunicación y el intercambio necesario para el desarrollo de estos modelos.

Hasta el presente, y sin dejar de considerar posibles cambios cuando se disponga de un mejor conocimiento de estas poblaciones de niños y jóvenes, se piensa extender la ventana epidemiológica de conductas de riesgo con las adaptaciones del caso para poblaciones no escolarizadas. Pero es precisamente la selección de las formas comunitarias de agrupamiento de los niños, niñas y jóvenes el verdadero meollo de la cuestión en la comunidad. Esto es parte de la definición de los interlocutores que realice el CEL y se analizará con mayor detalle más adelante.

### **Ventana epidemiológica en el campo de la salud (Estudio de emergencias).**

El uso de sustancias adictivas y los problemas que ocasionan en la salud de quienes las utilizan no es habitualmente un trastorno que alcance la consulta externa de un centro de salud. La dificultad de los servicios de asistencia para visualizar los problemas de consumo como un área de trabajo sanitario, la impregnación del problema con el tema de ilicitud y las propias características de estos trastornos definidos por una fuerte negación del que los padece, configuran, en el mejor de los casos, una consulta escasa y, además, oculta bajo el trastorno sintomático o en la interconurrencia de otros trastornos no estigmatizantes.

Sin embargo las crisis que el uso de sustancias suele producir, expresados como accidentes y lesiones, cuadros de intoxicación aguda, descompensación por abstinencia, o manifestaciones de pánico y depresión por mezclas o sobredosis, suelen desembocar en la consulta de emergencias hospitalaria. Desbordados los controles habituales donde el uso de sustancias adictivas está oculto, como resultado de una situación de urgencia y amenaza vital, la sala de emergencias hospitalaria es el lugar donde acudir para buscar ayuda en la mayor parte de los casos.

Sin embargo el registro estadístico vuelve a sumergir el diagnóstico bajo el motivo de consulta sintomático haciendo que la estadística hospitalaria no refleje estas problemáticas. Los motivos de esta situación son múltiples, algunos relacionados con el funcionamiento de los propios servicios de estadística y otros con el funcionamiento de profesionales y técnicos a cargo del servicio de atención. En la imposibilidad inmediata de resolver estos problemas, el desarrollo de una ventana epidemiológica, como un estudio ad hoc realizado por un período breve que no supera una semana, ha sido una alternativa para el seguimiento de los problemas de uso de sustancias adictivas desde el área de salud.

En atención a estos aspectos, se orientó el cuestionario de modo tal que fuese el propio personal de la emergencia, quien se hiciera cargo de su aplicación, para de esta forma contar con una metodología de alarma temprana que, desde las manos de los técnicos locales, permitiera el seguimiento de temas como:

La relación de la consulta de emergencia con las sustancias adictivas,

Los problemas que determina esta consulta

Las características demográficas de usuarios y no usuarios de sustancias adictivas.

Finalmente, que esta tecnología fuera también un aporte práctico en:

**Capacitación.** Por medio de la actualización oportuna del cuerpo profesional local, relacionado con la atención por crisis debidas a sustancias, interacciones o vías de administración no habituales.

**Asistencia.** A través del establecimiento de procedimientos específicos para la atención de urgencias ocasionadas en el uso de sustancias adictivas.

**Prevención.** Por medio de la detección de patrones de consumo para áreas y grupos socioculturales en diferentes localidades y regiones.

Muestra, recolección de datos y proceso estadístico

### **Muestra y área programática.**

Todo proceso de indagación en una comunidad parte de una primera definición que consiste en especificar aquello que se quiere conocer, en este caso las situaciones de riesgo. Cuando se acuerda que la problemática a estudiar es relevante para esa comunidad y, en esta medida, justifica orientar esfuerzos y recursos el paso siguiente es definir una metodología para acercarse a esa comunidad a una estrategia que le permita examinar el problema que la preocupa y poder, primero, diseñar la acción y luego, evaluarla en un procedimiento circular de acción-investigación.

Aquí, la metodología de investigación por la que se ha optado, inscrita dentro de las estrategias de Atención Primaria de la Salud, se aplica fundamentalmente en el campo de los programas de prevención de las adicciones y, de esta forma, su destino es el apoyo de los niveles operativos donde se lleva adelante la acción en la comunidad.

Esto significa definir instrumentos (en este caso las ventanas epidemiológicas) y un área de aplicación de los mismos que tenga significación para la comunidad. Este último punto es lo que habitualmente se define como "muestra".

El concepto más extendido sobre muestra es aquel que la caracteriza como una selección de casos con una probabilidad conocida de ser seleccionados, es decir se trata de muestras tomadas al azar y que son representativas de un conjunto mayor al cual se generaliza (mediante procedimientos estadísticos específicos) posteriormente los datos recolectados.

En el tema que ocupa este manual, no se descarta el diseño y realización de estas muestras, sin embargo se piensa que a nivel de las comunidades es necesario completar los esfuerzos con una estrategia que aborde en forma completa a las unidades (programáticas) poblacionales. Este procedimiento que puede caracterizarse como "censo de pequeños grupos" a los que se llama muestras intencionales o cualitativas tienen como objetivo dar solo referencia de los grupos con los que trabaja el programa preventivo local. De esta manera, el propósito es instrumentar una metodología para el estudio y seguimiento de las conductas de riesgo en un área de la comunidad delimitada por el alcance de un programa determinado, o área programática. Los límites de esta área están dados por la acción que se lleva a cabo y tiene como requisito indispensable la descripción exhaustiva del territorio (geográfico, humano, estacional, etc) que abarca y en el cual serán válidos los datos recogidos.

Todos los jóvenes de último año de uno o varios colegios secundarios puede ser, por ejemplo, una alternativa aceptable para un programa preventivo de un grupo de maestros cuyo objetivo está centrado en esta población. Si las condiciones posteriores exigieran extender el conocimiento al conjunto de estudiantes de una localidad, para planear una política regional, será ese el momento de cambiar a otros sistemas muestrales que cumplan con criterios probabilísticos y puedan generalizar a conjuntos mayores.

En síntesis, el campo de aplicación de los instrumentos epidemiológicos es un área programática definida para estudiar los grupos que son objeto de acciones concretas en el campo de la prevención o el tratamiento. En esta medida y, considerando que cada respondiente solo se representa a sí mismo, la descripción precisa del área de aplicación es esencial a efectos de conocer el grupo del cual se desprenden los datos.

### **Diagnóstico en áreas comunitarias**

#### **Sobre el alcance de inferencias y conclusiones.**

La idea que orienta el instrumento que se presenta nace de un interés por dar apoyo a personas e instituciones que hoy constituyen la primera línea de respuesta desde el campo comunitario a los problemas derivados del uso de sustancias. El maestro que da clase en su grado, el entrenador que convoca y organiza a los jóvenes del barrio en un equipo deportivo, el médico que atiende la consulta desde el hospital, la enfermera que hace el seguimiento de casos desde la unidad sanitaria, el voluntario que apoya la organización local para mejorar la calidad de vida de los vecinos, el psicólogo que da apoyo a la escuela para padres, el trabajador social que actúa con los recursos de una comunidad para promover su desarrollo. Todos ellos desde su práctica cotidiana delimitan un área que responde a diferentes selecciones y, si bien quizá no haya un criterio común más allá de lo que significa la necesidad de una respuesta social, lo cierto es que estos son los ámbitos donde en la práctica se

cumple la acción preventiva. Estos ámbitos definidos por la acción constituyen las áreas programáticas sobre las que se instalan las ventanas epidemiológicas organizadas desde el Centro de Estudio Local y, marcan los límites hasta donde alcanzan las conclusiones de estos estudios.

Es un error pretender que los resultados puedan extenderse o generalizarse hacia áreas más amplias de lo que es el campo programático local. Tampoco es objetivo de estas técnicas. No sólo porque no han sido diseñadas con este propósito sino porque otros alcances requerirían un esfuerzo de naturaleza diferente y otras exigencias técnico-metodológicas.

El objetivo final que se busca con su puesta en marcha es el apoyo específico a programas de acción que requieren objetivar la situación de su campo de trabajo concreto y medir los resultados de una acción específica. En esta medida el límite de hallazgos y resultados tiene el límite del territorio definido por el programa que se trate: las escuelas de un sector de la ciudad, la matrícula deportiva de un club para ciertas actividades y grupos de edad, la emergencia hospitalaria de una semana determinada, el área de acción preventiva de una unidad sanitaria, los participantes de una sociedad vecinal, los padres que asisten a un programa determinado.

En definitiva dentro del tejido urbano donde coexisten programas y esfuerzos diversos se propone entonces instrumentarlos con procedimientos y técnicas que los ayude a comparar resultados, evaluar cambios, difundir en un lenguaje universal los resultados y dificultades de sus esfuerzos en la comunidad.

Un capítulo aparte lo componen las agrupaciones informales sin un ámbito institucional que las contenga pero con fuertes lazos de protección recíproca e identificación entre sus miembros. El caso que ejemplifica estos grupos es el de los niños de la calle y al que llegan los operadores sociocomunitarios adentrándose en su territorio, la plaza, la terminal de autobuses, la estación de tren, las inmediaciones de los mercados y la propia noche que define nuevos espacios en las calles del centro de la ciudad. En estos casos el área programática pasa a estar definida por el hábitat que ocupa el grupo de niños, niñas y jóvenes como tal (Ejemplo: las cercanías de la parada de taxis en una estación) y por los alcances del programa del operador (Ejemplo: concientización de los líderes del grupo para la prevención del uso de inhalantes en los miembros más pequeños).

Es decir, un área programática de una plaza o una terminal por ejemplo, pasa a ser entonces el complejo mapa de territorios de los diferentes grupos que la habitan, en un momento dado, y con los cuales el operador de calle tiene interlocución en su trabajo preventivo.

### **Sobre el concepto de "devolución"**

Los modelos tradicionales de diagnóstico comunitario se basan en una aplicación metodológica que define a la coordinación como un recurso técnico que opera en forma externa a la comunidad que estudia (aún cuando puede admitir algunas formas de participación) y que corona su actividad con el informe o "devolución" posterior de los resultados a la comunidad de donde partió la información. Es decir se trata de un procedimiento de doble transferencia, primero de los datos de la comunidad al observador externo y luego las conclusiones desde el observador hacia la comunidad.

El presupuesto sobre el que apoya ese modelo tiene que ver con una definición del vínculo comunitario donde uno de los polos concentra el saber experto sobre el otro y lo transfiere en tiempo y modo a determinar. En algunas de las experiencias realizadas esto se tradujo por un conocimiento escasamente difundido, no solo por el interés o no que pusiera en esto el grupo experto sino por la actitud del propio grupo "receptor" que, al sentirlo una información "externa" difícilmente iba más allá de los porcentajes más gruesos (generalmente de prevalencia de consumo) de un boletín estadístico.

El proyecto de los Centros de Estudios Locales planteo como eje de su metodología la integración de los grupos involucrados en la producción de información de su comunidad y, a su vez, la idea que no hay ni un proceso de transferencia de información básica a un grupo experto ni, tampoco, una transferencia de conclusiones hacia la comunidad. Es decir, no hay "devolución". No la hay porque la información no ha sido vertida en un lugar diferente al que la recogió. Los datos producidos dentro y por la comunidad son analizados con el mismo principio.

Así como el proyecto de ventanas epidemiológicas, no se basa en una investigación externa o ajena al grupo involucrado, tampoco entiende que los resultados deban elaborarse en y desde otro ámbito que no sea el propio grupo. Ahora bien, si la comunidad es la responsable de la producción y del análisis de su información ¿Cuál es el papel del técnico en esta etapa diagnóstica? La respuesta tiene que ver con una acción de coordinación en los grupos de la comunidad que apunte a remover dificultades y facilitar su trabajo de interpretación con los datos que han recolectado. Es decir, se trata de hacer posible que los grupos intervengan activamente: primero en el análisis, luego en las conclusiones que lo sintetizan, por último en las reflexiones sobre sus alcances y recomendaciones. Esta modalidad de trabajo requiere entonces que el coordinador pueda crear un puente entre

los datos y los instrumentos (estadístico-conceptuales) para que la comunidad pueda recorrerlo en su afán de comprender lo que pasa dentro de ella y explicarlo.

El propósito de esta metodología es reunir en la práctica a la comunidad con sus propios datos. Es la manera que el médico obtenga explicación no solo de la consulta del menor que inhala sino de su emergencia en la estación de trenes o en la plaza, que el psicólogo visualice la tolerancia social en la que prospera el síntoma que atiende, que el maestro perciba en los escolares que están y también en los que ya no están, el diálogo global de escuela y comunidad que está más allá de su grado.

Si la reflexión sistemática, se fija como proceso en la comunidad, es posible que la misma actúe más allá de la mera información sobre sustancias para pasar a ser una herramienta de concientización y, también, de organización preventiva con acciones intencionadas y eficaces.

### **Pautas de orientación para el análisis de datos.**

El proyecto de Centros de Estudios Locales ha desarrollado las presentes pautas con la expectativa de aportar a los sectores comprometidos con el trabajo de prevención un instrumento que facilite el análisis comunitario de los datos aportados por las ventanas epidemiológicas.

Estas pautas responden a una categorización de la acción preventiva que la concibe para ser realizada por grupos bien definidos, dentro de un programa específico que se propone evitar modos de vinculación con las sustancias adictivas "perjudiciales para el individuo, la sociedad o ambos" .

Las organizaciones locales en el área educativa, sanitaria o del desarrollo comunitario constituyen la base sobre la que apoya esta metodología que tiene por objetivo general :

Facilitar que la comunidad:

Descubra  
Compare  
Relacione  
Comprenda  
Interprete

el material resultante de las ventanas epidemiológicas relacionado de manera directa o indirecta con :

Los conocimientos adquiridos sobre las sustancias adictivas  
(*sistema de creencias y representaciones*).  
La actitud **ante** las sustancias adictivas.  
La conducta **con** las sustancias adictivas.

### **Procedimientos**

La coordinación del diagnóstico comunitario se organiza en tres etapas:

1. La primera etapa consiste en explorar el medio para llegar a definir el diseño de una metodología de análisis de datos que
  - a. Identifique los grupos y organizaciones que son interlocutores en la materia
  - b. identifique y utilice los recursos y formas de aprendizaje ya existentes en la comunidad.
2. La segunda etapa examina por un lado y coteja por otro la información recolectada por la ventana con la percepción que tienen sobre los mismos temas los propios miembros de la comunidad que han sido convocados.
3. La última etapa es dar el formato necesario a la información estadística (base de datos) y teórica (biblioteca comunitaria) para su libre consulta

por parte de los responsables del diseño y ejecución de programas de acciones de prevención

En la **primera** etapa la coordinación debe lograr la identificación de los grupos y organizaciones locales que son significativos en cuanto a la prevención a partir de un relevamiento elemental que tome en cuenta:

#### Los agrupaciones locales relacionadas con la prevención

- Quiénes son y que objetivos procuran?
- Cuántas son y con que recursos cuentan?
- Cual es el alcance real de su acción?

#### La información de la que disponen

- sobre incidencia (casos nuevos) y prevalencia (casos existentes)
- sobre los determinantes del consumo
- sobre los tipos de consumo

En forma paralela se debe también llegar a especificar cuales son las formas de comunicación y aprendizaje existentes en esa comunidad que generan, preservan y transmiten conocimientos, hábitos, creencias y actitudes vinculados a las sustancias adictivas.

Esto implica que el coordinador debe examinar y describir:

- ¿Cuáles son las opciones usuales de comunicación entre diferentes grupos?
- ¿Quiénes ha sido los responsables de crear y divulgar información relacionada con las sustancias adictivas?
- ¿Quiénes son los portavoces locales reconocidos en la materia ?
- ¿Cómo transmiten su mensaje preventivo habitualmente y cual es su cobertura real?

Esta información previa es tomada en cuenta por el coordinador para hacer una primera convocatoria de los que identifica como interlocutores locales significativos (que tiene un papel en el campo de la prevención o en la toma de decisiones) para hacer el análisis de los resultados obtenidos en las ventanas epidemiológicas .

**La segunda etapa** se centra en la convocatoria y organización de los grupos interlocutores. El objetivo es que se realice la interpretación de los datos recogidos por grupos de diferentes contextos sociales. De esta forma comenzar a desentrañar la naturaleza y amplitud de los problemas de abuso de sustancias que tiene la comunidad , discutir sus orígenes y considerar los soportes culturales y sociales que los hacen posibles. La convocatoria (de amplitud y duración a definir en cada circunstancia) se orienta dentro de una estrategia de trabajo basada en la conformación de grupos focales que exploran y/o confrontan aspectos puntuales recolectados por las ventanas.

El Coordinador necesita antes de la convocatoria haber definido los aspectos siguientes que serán la base para el desarrollo del análisis:

### **1. Con respecto a la metodología**

¿Cuáles son las ideas eje que trabajara cada grupo convocado? (selección de items de la ventana y explicitación de criterios seguidos para llegar a esto)

*La información recolectada por cada instrumento difícilmente pueda ser analizada en su totalidad por un grupo. Se hace necesario la selección de ítems por parte del coordinador que estime como más relevantes para que sean trabajados por un grupo en particular.*

¿Cuál es el orden, formato y consigna apropiada para que el grupo pueda analizar la información seleccionada ?  
*La información seleccionada debe ser comunicada por el coordinador de manera tal que facilite el análisis de los grupos. Ejemplos de esta preparación se encuentran difundidos en diferentes manuales de educación comunitaria .*

¿Cuál es la forma como se recogerá las conclusiones de cada una de las reuniones para luego poder difundirla con las autorías que correspondan?

### **2. Con respecto a la coordinación**

¿Cuál será el manejo del encuadre de la reunión?

*Tiempo, lugar, tipo de coordinación, integración de las disidencias, etc.*

¿Cuál será la estrategia para integrar los aportes grupales?

*Integrar en la estrategia los momentos relativos al análisis, las conclusiones y las recomendaciones.*

### **3. Con respecto a las características del grupo**

¿Cómo se vincula su posición como grupo dentro de la comunidad con las temáticas analizadas?

*Examinar posibles conflictos de intereses que puedan estar latentes en el grupo.*

¿Qué tan homogénea es su composición?

La modalidad de coordinación de los Grupos Focales se organiza en torno a dos procedimientos:

a. **Exploración.** *(En cada caso y como resultado de la primera etapa el material a trabajar esta seleccionado de acuerdo al grupo y tiene el formato adecuado para su análisis)* El coordinador del grupo dirige a los participantes hacia las preguntas de las ventanas y las respuestas obtenidas que son los ejes del trabajo a realizar con el grupo. Esta modalidad es utilizada para ampliar la descripción de aspectos tales como las relaciones familiares visualizadas por el niño (Corin) o la elección de alternativas al tiempo libre ligadas a la integración o al aislamiento (Coral), etcétera. Por ejemplo ¿Cuál es la percepción del sistema de apoyo familiar o educativo ante las situaciones de crisis de acuerdo a la ventana? ¿Cuál es el perfil de la población que responde las preguntas y su coincidencia con el área del programa? .

b. **Confrontación.** Esta modalidad se basa en cotejar los puntos de vista del grupo focal con los datos obtenidos por la ventana. La técnica se basa en el supuesto de que al ser la información revisada dentro de otros moldes (los del grupo focal) y enfrentada a otras percepciones (los escolares, los estudiantes, la consulta, etc.), podrá obtenerse una diversidad de visiones mas cercana a la realidad comunitaria. Las sesiones de confrontación toman los temas vinculados con el consumo y la tolerancia social como por ejemplo : la invitación a una fiesta donde se consume marihuana, etc.) , las creencias que legitiman algunos usos (las cantidades de alcohol pautadas como sociales, etc.)

El coordinador en la **tercera etapa** tiene a su cargo llevar los diferentes aportes de los grupos focales a la base de datos, en un formato que garantice su disponibilidad para consulta de los responsables de la acción preventiva. Se organiza las diferentes producciones de los grupos focales como una biblioteca comunitaria donde constan las posiciones de los diferentes grupos locales a partir de la información recolectada.

Es función del coordinador difundir la existencia de esta información y promover su consulta y su revisión en la toma de decisiones locales sobre temas vinculados al uso de sustancias adictivas.

### **Algunas reflexiones finales sobre investigar y prevenir**

*(basado en el capítulo V de Uso de Sustancias Psicoactivas :investigación social y prevención comunitaria. H.Míguez. Editorial Paidós.)*

Durante los años sesenta y parte de los setenta, la humanidad participó de un proceso de extrema valoración del conocimiento científico y tecnológico. Una ilimitada confianza en la capacidad de la ciencia por resolver todos los problemas de los hombres caracterizaba la visión de esos años. Los problemas de desarrollo eran básicamente visualizados como esfuerzos de transferencia de tecnología desde los centros de mayor desarrollo hacia los grupos más marginados.

El paso de esas décadas han mostrado sin embargo que estas expectativas depositadas en la ciencia de ese momento estaba lejos de cumplirse. La propia Organización Mundial de la Salud señaló como la búsqueda de un rápido desarrollo sin contemplar al medio y a las personas se había traducido en definitiva en una feroz depredación del ambiente y en el ensanchamiento de una brecha cada vez mayor entre países ricos y pobres . El avance tecnológico formidable de los últimos tiempos no significó un progreso similar desde la calidad de la vida de las poblaciones en su conjunto y, hoy, en una misma unidad geográfica se asiste a estilos de vida que entran en el siglo XXI con otros que apelan a la sobrevivencia con una tecnología propia de la cultura neolítica.

Un proceso de urbanización aluvial acompañada de extremos cambios sociales, ha tenido fuertes efectos en la alteración de los vínculos familiares y comunitarios. La despersonalización de las relaciones, la preeminencia de una comunicación masiva y vacía de contenidos significativos en la vida de las personas, ha socavado estos

sistemas tradicionales de apoyo psicológico y , de esta manera, redujo la capacidad de los individuos para enfrentarse a las aflicciones, las enfermedades y las incapacidades.

Hoy desde diferentes ámbitos se señala la pérdida de estos mecanismos de apoyo familiar y comunitario como parte explicativa del avance de problemas como la violencia , la neurosis, y el uso indebido de sustancias psicoactivas como el alcohol y las drogas.

Paradójicamente, con distintas raíces, los fenómenos de despersonalización y empobrecimiento afectivo parecen ser puntos de contacto entre grupos de situaciones socio-económicas opuestas pero, si hay algún punto común en alguno de sus problemas, existe también un lugar de profundo desencuentro, los recursos de que dispone cada uno para la prevención y asistencia.

En muchos países de América latina, los problemas de salud, entre los que se cuentan los relacionados con el alcoholismo y la farmacodependencia, transcurren en una situación donde importantes grupos de población no tienen un acceso efectivo a los servicios de salud. En este marco de necesidades y situaciones desiguales la prevención comunitaria, sostenida por todos los estamentos como un campo fundamental de la lucha por una mejor calidad de vida, fue huérfana la más de las veces de un apoyo sistemático que le diese fundamento a su recorrido.

En este sentido, el tema del uso indebido de sustancias psicoactivas, fue un triste caso demostrativo en la región de cómo la afluencia de recursos económicos no era una garantía de eficacia en los programas. La dilapidación en ocurrencias surgidas del interés de figuración pública, el manejo antojadizo de fondos sin evaluación de la eficacia de su aplicación, e incluso en algunas situaciones el manejo irregular de esos fondos sin control técnico, condujo finalmente después de diez años a que la discusión de hoy en muchos sitios tenga como tema central la legalización de las drogas.

Lo cierto es que hablar de prevención del uso de drogas en muchos lugares de la región es hablar de una acción que no tuvo origen en la investigación, más allá de la cita estadística obligada; es referir a un grupo de acciones que no fueron pensada en función de lo que ocurría en la comunidad sino en transferencias mecánicas de mensajes y conceptos de países que, paradójicamente, tampoco habían encontrado caminos de salida al problema.

En este contexto la tecnología médica de reparación y las campañas publicitarias preventivas de los medios de comunicación no sólo no lograron interrumpir el avance epidemiológico del problema de drogas sino que no pudieron contrarrestar sus propios efectos, "farmacologizando" el comportamiento y las relaciones humanas al promover comercialmente el atajo químico frente a cada conflicto.

Frente a esta situación el camino de la acción preventiva y los Centros de Estudios Locales optó por revalorizar el aporte de la investigación social como nutrimento indispensable de los programas tanto en lo que hace a su diseño como a su evaluación. Para esto fue necesario asumir que los procedimientos en juego no eran los modelos clásicos de la indagación científica como los concebía el ambiente positivista de la época sino que estos se correspondían con una estrategia centrada en la participación social, el ámbito local y la capacitación del recurso existente en los programas de prevención y asistencia.

Esta preocupación tenía que ver por un lado con una forma de concebir la investigación como apoyo sistemático de los programas de prevención. Por otro como una herramienta ágil que sirviera a los responsables del diseño de políticas de salud y, también, a los diferentes agentes que tienen relación directa con el problema.

La necesidad de dar respuesta a estas situaciones difícilmente abordables con el criterio de la medicina individual inclinó a la prevención comunitaria a buscar el auxilio de la investigación social para intentar comprender y diseñar su respuesta de acuerdo a la extensión de los trastornos vinculados al abuso de sustancias psicoactivas.

Esto implicó que al abordar el tema de la investigación se entrara necesariamente en la discusión de dos preguntas sustantivas en la definición del método a utilizar ¿cómo conocer la realidad ? y ¿ para qué conocer la realidad ?.

Las experiencias realizadas se orientaron por un "como" que transcurría por fuera del marco tradicional que sostiene la separación entre el sujeto (investigador) y el objeto (los grupos). Se procuró mantener como eje un paradigma diferente basado en :

Capacitar a las personas para el manejo de las técnicas de investigación.  
Reconocer a la ciencia como parte de la vida cotidiana de toda la gente.

Revertir la información a la gente en el lenguaje y formas culturales en que dicha información fue originada. Mantener un esfuerzo consciente en el ritmo de acción/reflexión

La respuesta a ¿Para qué se investiga? se dio pensando en ampliar los niveles de conciencia de los grupos involucrados acerca de su propia realidad comunitaria. Para que la acción que busca la prevención no se resuelva en actuar en cualquier sentido sino hacia aquellas acciones que producen las transformaciones necesarias para favorecer el desarrollo de la salud en los grupos expuestos.

De esta manera las experiencias refieren a formas de investigación que se acercan a los modelos de indagación participativa en el sentido de que se propone que los involucrados en el proceso participen del conocimiento, integrando la investigación social y el trabajo preventivo-educativo. De esta manera se produce la creación colectiva de un nuevo conocimiento sobre sí mismos y sobre la propia realidad, integrando el componente educativo y el preventivo en el proceso.

La investigación que apoya a la prevención comunitaria tiene como característica principal que la gente se autoinvestiga y que su objetivo central es el cambio de las condiciones que inciden sobre su calidad de vida. Para esto se hace necesaria su participación en diferentes formas.

En las experiencias de los Centros de Estudios Locales la búsqueda del mayor nivel de participación se acompañó de permanentes pujas y reacomodamientos entre las presiones para restringirlo. Parte del juego de fuerzas inevitable en sociedades desiguales, integradas por grupos con intereses y visiones diferentes, la acción pasó por diferentes momentos y la participación en ella tuvo avances y retrocesos.

En todos los casos, fue necesario tener presente que la participación era parte de la definición preventiva extendiendo su alcance sobre la sociedad en la que el grupo existe y también hacia dentro, hacia los propios miembros del grupo. Es decir una definición que resulta no sólo del objeto de la tarea sino también de la manera específica como se lo aborda.

Parte de la respuesta a la pregunta inicial de para qué se investiga se relaciona con la población definida como blanco prioritario de la acción preventiva. En este sentido cuando se trata de circunscribir una población "en emergencia", aún sabiendo la universalidad del problema, la mirada se dirige hacia los que frente a la situación de exposición al consumo se presentan con los menores recursos sociales para manejarse con él.

Sin desconocer la presencia de los problemas del abuso de alcohol y las drogas en grupos favorecidos económicamente, lo cierto es que las dificultades de los sectores marginales para el acceso a los servicios de salud y educación marcan un cuadro de vulnerabilidad que no se repite en otros sectores, dada la gravedad y la urgencia que estos trastornos asumen en sectores de alto riesgo social.

Desplazados por la falta de trabajo y de oportunidades, han buscado los intersticios esenciales para la sobrevivencia, configurando la explosión del sector urbano marginal. La "favelización" en las ciudades y la expansión de los grupos de niños y adolescentes "de y en" la calle, son indicadores de esta situación. El fenómeno no se limita al hecho económico sino que origina una nueva síntesis psicosocial que, desde la pobreza, se expresa por la adopción de modos de comportamientos y sistemas de representaciones de la realidad distintos a los manejados hasta el presente.

En los asentamientos de la pobreza, las características que regían los vínculos de la familia nuclear se modifican. De una u otra manera, los sistemas que tradicionalmente se hacían cargo de la angustia colectiva como la familia y la vecindad, están en crisis y tienden a adquirir nuevas configuraciones para subsistir. El hacinamiento y el trabajo infantil, hace de la calle el nuevo territorio del menor. Un espacio donde el maltrato, la explotación y el despojo lleva al agrupamiento de niños y jóvenes de la calle como una forma de salvavidas social. Pero el costo del rescate de la violencia familiar o del abandono por estos salvavidas, puede significar otros problemas como el compromiso con la economía ilegal de las drogas que a través del minitráfico barrial hace circular el alcohol, los inhalantes, los psicofármacos, las drogas ilícitas como la marihuana y la cocaína.

Aquí también es claro, lo que tantas veces se ha dicho acerca de la condición de síntoma de la droga, pero un enfoque realista indica que la superación del atraso y la pobreza en los que viven importantes sectores sociales no son situaciones que puedan ser superadas a corto plazo. Atar la prevención a la superación de estos problemas es, hoy por hoy, suspender indefinidamente la acción.

En las áreas urbano-marginales, el desafío en lo inmediato, consiste en proponer alternativas viables en el campo psicosocial que disminuyan la vulnerabilidad frente al problema del abuso del alcohol y las drogas.

La prevención del uso indebido del alcohol y las drogas debe orientarse hacia los problemas de la desorganización social responsable de los aspectos epidémicos del problema. Una estrategia preventiva



sustentada en la investigación con participación comunitaria y la canalización, en consecuencia, de recursos técnicos que ayuden a reconstruir el tejido social dañado puede ser la alternativa necesaria en este momento. Desarrollar la prevención desde los jóvenes a partir de su organización no es una tarea que pueda encararse desde la difusión de los problemas de las drogas. Es orientar su entusiasmo hacia la promoción de acciones en el ámbito del barrio, del trabajo y por su propia participación en él. Esto requiere incluir metodologías sobre desarrollo comunitario juvenil, que atiendan especialmente las alternativas locales de encuentro social y que tengan sustento en la investigación de los propios participantes en el campo de su comunidad.

La información socio - epidemiológica resultante de este trabajo puede comenzar a constituir la retroalimentación necesaria que ayude a aprender de los errores y permita recorrer el camino de aprender de la experiencia .