- PN-ABT-913
92972

una opción por la vida

m a r a n d u

p r o y e c t o

prevención de adicciones

MARANDU,
una opción por la vida

Recopilación de datos y redacción:
Ilde Silvero

Proyecto Marandú del Comité Paraguay-Kansas
Asunción, Paraguay

"MARANDU": Una opción por la vida

PROYECTO MARANDU
del Comité Paraguay-Kansas

© Comité Paraguay-Kansas
Curupayty 226 c/ Eligio Ayala
Asunción, Paraguay

Auspicios de:

Agencia para el Desarrollo Internacional (A.I.D.)

Development Associates, Inc. - Proyecto NAE

Agustín Carrizosa	Director Ejecutivo
Carlos Gauto Vielman	Director Adjunto
Corina M. Cazenave	Asistente de Proyecto
María de la Paz Peña	Coordinadora Programa Escolar
Manuel A. Fresco (h)	Coordinador Programa de Comunicación
Delia Ortega	Directora Centro de Documentación e Información
Manuel Cerna	Coordinador de Información

***

INDICE

- Prólogo ----- 5
- El problema de las drogas en el mundo ----- 7
- Presencia de las drogas en América Latina ----- 14
- El tema de las drogas en el Paraguay ----- 31
- Acción gubernamental ante el tráfico y consumo de drogas ----- 37
- "Estudio sobre salud mental y hábitos tóxicos en el Paraguay" ----- 42
- Objetivos fundamentales e institucionalización del Proyecto Marandú ----- 66
- Programa de prevención sobre el uso indebido de drogas en los programas escolares ----- 71
- Generar conciencia de la existencia del problema ---- 78
- Resumen de actividades del Proyecto Marandú
  Año 1991 ----- 83
  Año 1992 ----- 89
- Instituciones con las cuales colabora el Proyecto
  Fundación Providencia ----- 103
  G.E.S.A. ----- 106
  PRE-VER ----- 109
  Cruz Roja Paraguaya ----- 113
  JOPACAD ----- 114
- Resumen de eventos realizados por el Proyecto ----- 115
- ¿Qué son las drogas? ----- 118
- Bibliografía ----- 130

Prólogo

Ponemos a consideración de la comunidad paraguaya este libro que muestra en forma resumida la experiencia de dos años del Proyecto Marandú en el campo de la prevención del uso indebido de drogas.

Para evitar que el uso y abuso de drogas afecte a la población paraguaya, tal como ocurre en otros países, es imprescindible la coordinación y sistematización de los esfuerzos de todos los sectores de la sociedad. El intercambio de ideas y métodos sobre cómo entender y enfrentar el complejo problema de las drogas es necesario para aumentar la eficacia de nuestras acciones y evitar desperdicio de recursos humanos y económicos.

El objetivo de este libro es compartir nuestra experiencia con personas y organizaciones interesadas en mejorar la salud y el bienestar de nuestra comunidad para que sirva como base de discusión en la elaboración de estrategias que ayuden a mejorar las acciones que se desarrollan en este campo. Consideramos este modelo como un aporte más a las múltiples alternativas existentes.

Proyecto Marandú

El problema de las drogas en el mundo

Lo que hoy día se conoce como "el problema de las drogas" a nivel mundial no siempre tuvo el carácter de "problema" y tampoco es privativo de algunas regiones o grupos étnicos. Tiene remotos antecedentes, aunque el mal adquirió connotaciones internacionales y su gravedad y extensión alcanzaron proporciones nunca antes conocidas solo en el presente siglo.

El consumo del opio o del cáñamo índico, por ejemplo, ya era conocido hace varios siglos en el Asia Menor, en la India, en Irán y en otras latidudes asiáticas, desde donde se exportaban cantidades importantes hacia Europa, particulamente a Inglaterra en un comercio que, al ser cancelado en determinado momento, ocasionó la denominada "Guerra del Opio" entre China y Gran Bretaña (1839-1842).

También en nuestro continente, en América Latina, era habitual en consumo de ciertas drogas contenidas en plantas presuntamente medicinales. Por ejemplo, el uso de las hojas de la coca que, en la época pre-colonial, se utilizaba en celebraciones mágico-religiosas, en la corte de los gobernantes incas y en las alturas del altiplano boliviano.

En aquellos tiempos, el consumo de la marihuana, del opio o de la coca no constituía delito ni era visto por la sociedad como un peligro potencial o real para su supervivencia o sus costumbres. Había cierta tolerancia social al comercio de tales drogas, actividad que, de todos modos, no era de gran volumen.

Durante la época colonial, en Perú y Bolivia se extendió bastante

el consumo de la coca, en parte debido a que los propios conquistadores impulsaron su uso ya que la hoja de coca hacía desaparecer temporalmente la sensación de hambre y de cansancio de los indígenas quienes, así, podían trabajar más horas en las labores agrícolas o en las minas.

En la América del Norte, en cambio, el consumo más difundido era el del alcohol en forma de ron y, más adelante, del whisky. En aquellos tiempos, era relativamente fácil adquirir opio y láudano, este último un extracto del opio mezclado con alcohol.

Hacia 1930, el estadounidense promedio consumía 38 litros de licor fuerte por año y el consumo de whisky pasó a ser tan extendido que algunos autores lo consideran parte de "la tradición americana" (1) (W.J. Rorabaugh, en "The Washington Post", 23-Set-79). El gobierno, viendo la gravedad del problema, impuso la famosa "ley seca" y la prohibición de las bebidas alcohólicas se extendió por un periodo de 13 años (1920-1933) aunque, como era de esperar, no porque se puso en vigencia dicha ley disminuyó el consumo de tales bebidas.

La marihuana o hachís tenía una difusión limitada.

Es en el siglo XIX cuando se empieza a comercializar la cocaína, obtenida químicamente a partir de la hoja de coca. Aunque al principio se dijo que se usaría básicamente con objetivos medicinales, en forma similar a la morfina, pronto se tornó evidente que su uso más frecuente sería no con fines médicos sino de adicción.

DEL S.O.S. FAMILIAR AL S.O.S. INTERNACIONAL

Solo a partir de la mitad del presente siglo, distintos países empiezan a enfrentar el tema del uso y abuso de las drogas como un problema social y político serio que dete tenerse en cuenta a la hora de combatir los males que afectan a la sociedad.

En las primeras décadas del siglo XX, por ejemplo, en los Estados Unidos los usuarios de la marihuana solo llegaban a cincuenta o cien mil personas y tendríamos que llegar a la década del 50 para contar aproximadamente diez mil adictos a la cocaína. En la esfera legal tampoco la situación era muy clara pues el consumo de marihuana solo constituía una falta menor, no era un delito propiamente dicho y solo con la difusión del uso de la morfina durante la Segunda Guerra

Mundial se sancionaría una ley que restringía y penaba el abuso de drogas.

Como frecuentemente los grupos más afectados por las drogas eran los jóvenes y hasta adolescentes, es el el seno de las familias donde surgen los primeros gritos de alarma y pedidos de socorro ante el problema. Muchos padres, angustiados ante el drama que representaba para ellos un hijo drogadicto, empezaron a demandar a sus respectivos gobiernos acciones más firmes y públicas para enfrentar el mal.

Aunque se escuchaban ya muchas voces señalando el problema y pidiendo soluciones, en términos globales todavía se consideraba al tema de las drogas como un problema menor, que afectaba solo a determinados grupos sociales o minorías étnicas.

LOS AGITADOS AÑOS '60

Puede considerarse a los años 60 como el período en el cual el tráfico de estupefacientes ilegales se agiganta y cobra dimensiones extraordinarias, tornándose, con el tiempo, en un problema no solo local,de los distintos países, sino en un drama internacional, una epidemia mundial, con raíces y repercusiones políticas, sociales y económicas tremendas.

La internacionalización del problema demostró que el mal estaba por encima de las acciones aisladas de los países, excedía las posibilidades represivas o preventivas de un solo gobierno. Las múltiples lugares de producción, los complicados mecanismos de distribución a nivel mundial, los miles de millones de dólares involucrados en el ilícito negocio, el poder económico y político demostrado por los zares del "narcotráfico", la vinculación con gobiernos corruptos, etc. hicieron ver a políticos, educadores y padres de familia que estaban ante un fenómeno nunca antes enfrentado por la humanidad.

Estamos hablando de una fuerza transnacionalizada que está al margen de cualquier ordenamiento jurídico , de cualquier responsabilidad local o internacional, que no respeta legislación alguna ni estructuras legales de poder. Se trata de una fuerza que, en algunos casos, inclusive cuenta con el respaldo de recursos militares que son superiores a los propios ejércitos de los países en donde operan y que, debido a sus enormes recursos económicos, puede disponer de ar-

mamentos y tecnología bélica a los cuales los ejércitos regulares de los paises subdesarrollados no pueden acceder por simples carencias económicas.

Los traficantes de drogas son tan poderosos que, en los últimos años, ya se ha empezado a hablar, en América Latina, de la posibilidad de las "narcocracias", es decir, gobiernos títeres dirigidos por los traficantes de drogas.

Para tener una idea de los montos de capitales que manejan estos sectores, expertos de la Comunidad Europea estiman que en dicho continente el volumen anual de negocios de los traficantes de drogas alcanza los 600 mil a 800 mil millones de dólares. La DEA norteamericana (Administración para la Coacción a las Drogas) calcula que solamente en materia de cocaína se mueven alrededor de 300 mil millones de dólares por año. En la actualidad, algunas estimaciones apuntan que el negocio del tráfico de drogas es el segundo eje de formación y acumulación de capital en el mundo, superado tan solo por el tráfico de armas y seguido de cerca por el negocio de la producción y comercialización de los derivados del petróleo.

Esta verdadera industria ilícita transnacional, amparada en poderosos grupos económicos, es responsable de este flagelo moderno del tráfico y consumo de drogas en el mundo. Sin entrar en muchos detalles ni precisiones, es fácil constatar cómo este problema afecta profundamente la vida de los pueblos.

DISTORSION DE VALORES

El tráfico de drogas afecta los valores, la identidad, la cultura, la economía, la salud pública y hasta la soberanía de los pueblos, al introducir importantes distorsiones en cada uno de esos aspectos. Quienes promueven este negocio no se identifican con ningún país, credo religioso, nacionalidad o ideología. Su único objetivo es la acumulación de grandes masas de dinero, capital que, por otra parte, les permitirá comprar voluntades políticas de funcionarios públicos, jefes militares o autoridades policiales.

El carácter estructural de la producción, tráfico y consumo de drogas se revela en la complejidad de su organización y funcionamiento, su poderío económico, su fuerte influencia política, sus ramificaciones comerciales e industriales tendientes al "lavado de dólares", su

inserción en las distintas capas sociales y su capacidad para resistir los golpes de la represión y rearmar sus centros de producción o caminos de distribución cuando los mismos son destruidos por los gobiernos locales.

Cabe hacer aquí la aclaración de que la utilización de la palabra "narcotráfico" como denominación general del problema de producción y consumo de drogas no es correcta. Tal palabra proviene del inglés "narcotrafic" que significa tráfico de narcóticos, o sea, derivados del opio, como la heroína. Los narcóticos constituyen un solo tipo de drogas. Por eso es mejor y mas apropiado hablar de tráfico de drogas en general, pues el problema comprende no solo a la heroína, sino también el alcohol, la marihuana, la cocaína, el PCP, las anfetaminas, el tabaco, los barbitúricos, etc.

A fin de combatir a los delincuentes de este ramo, la mayoría de los países ha dictado severas normas de represión, al mismo tiempo que se han intensificado los esfuerzos de prevención para evitar la difusión del mal. Las naciones firman acuerdos bilaterales y multilaterales de cooperación para reprimir el tráfico de drogas y los organismos de integración regional (como la OEA, en su reciente Asamblea General en Bahamas) establecen acuerdos y formulan recomendaciones para tratar de hacer frente a los traficantes de drogas.

NO DISMINUYE, SE INCREMENTA

Pese a estos esfuerzos locales e internacionales, el consumo de drogas no ha disminuido en los últimos años sino que se ha ido incrementando paulatinamente. Es difícil obtener datos precisos en torno a la cantidad de personas, a nivel mundial afectadas por el problema. Estados Unidos es el país que cuenta con datos estadísticos e investigaciones realizadas sobre el tema. Por ejemplo, el Instituto Nacional contra el Abuso de Drogas (NIDA), principal órgano gubernamental de rehabilitación para toxicómanos, calcula que 43 millones de norteamericanos han probado la marihuana alguna vez y que unos 16 millones la consumen con frecuencia (datos de 1979).

Otro organismo federal, el Consejo de Estrategia sobre el Abuso de Drogas, estima que aproximadamente unos diez a doce millones de estadounidenses han consumido ilegalmente cocaína en los años '80

Millones de personas, en todos los países, consumen, asimismo, drogas medicinales obtenidas en forma fraudulenta, entre ellas las anfetaminas, los barbitúricos, los tranquilizantes, la feliciclidina (PCP), etc.

Millones de personas utilizan, sin prescripción médica, una droga llamada ácido acetilsalicílico, pese a que la ciencia todavía no ha determinado en forma taxativa en qué medida afecta al sistema nervioso y qué tipo de efectos colaterales puede tener, sobre todo si se la consume sin control médico, en cualquier circunstancia. La mayoría de la gente consume esta droga bajo la denominación de "aspirina".

PUNTOS CRITICOS EN EL ENFOQUE ACTUAL

Las acciones de las autoridades y de organizaciones no gubernamentales en la lucha contra el problema de las drogas tropiezan con varias dificultades, empezando por la definición misma del tema.

En efecto, todavía hay cierta confusión en torno a cuál es el límite entre el uso correcto y legal de las drogas y el consumo abusivo o ilegal. Determinadas drogas, como el alcohol y el tabaco, tienen un amplio campo de acción y su consumo es alentado públicamente a través de persistentes campañas publicitarias en los medios masivos de comunicación, así como también a través del ejemplo que dan los mayores a los jóvenes y adolescentes.

En el campo de la utilización médica, no resulta raro el recurrir en forma rutinaria a la receta de distintas clases de drogas en forma de píldoras como respuesta ante cualquier problema físico o psicológico de las personas.

Desde otro punto de vista, a nivel de las distintas naciones, existe una verdadera maraña de disposiciones legales que buscan reprimir, desalentar o eliminar el tráfico de drogas, aunque, en muchos casos, las buenas intenciones chocan contra las improvisaciones, las faltas de coordinación entre distintas entidades que persiguen fines similares, las campañas que empiezan con mucho entusiasmo y luego se van apagando o, incluso, la utilización de métodos represivos que despiertan críticas de parte de organismos defensores de los derechos humanos.

En algunos países se han producido enfrentamientos debido a diferencias de criterio entre los dirigentes públicos y agentes policiales

o miltares, por un lado, y los expertos en prevención y rehabilitación de drogadictos, por otro lado, en cuánto a cuáles son los métodos más adecuados para hacer frente al problema con eficacia y respetando la dignidad del ser humano involucrado en el problema, teniendo en cuenta que este es un caso muy particular de actividad delictiva ya que la víctima del abuso es el propio consumidor.

A veces, el tema es enfocado casi exclusivamente desde el punto de vista de la producción; es decir, se pretende terminar con el flagelo atacando los centros de producción, generalmente situados en los paises subdesarrollados, en tanto se deja de lado el hecho de que existe producción porque, previamente, existe la demanda y ésta proviene, fundamentalmente, de las naciones con mayor poder adquisitivo.

Los estudiosos del tema constatan la complejidad del problema cuando señalan que las causas profundas del tráfico y consumo de drogas no deben buscarse solamente en la voluntad individual del consumidor sino en una serie de factores relacionados con el entorno social, las condiciones socioeconómicas de los afectados, las relaciones familiares en el seno del hogar, el impacto publicitario de la sociedad de consumo, el extraordinario lucro que el negocio deja a productores y traficantes, la facilidad actual para la producción "casera" de ciertas drogas como la PCP, etc.

Finalmente, están quienes sostienen que el tema debe ser abordado con decisión, gran esfuerzo, cooperación internacional y, al mismo tiempo, mucha prudencia, madurez y equilibrio ya que, de todos modos, el tráfico y el consumo de drogas no se podrán eliminar en forma definitiva y total con leyes o procedimientos represivos, debido precisamente a la complejidad del problema y a que siempre habrá un uso legal y necesario de las drogas, circunstancia que posibilita el "desvío" de las mismas hacia el abuso y utilización ilegal.

Entonces, de lo que se trata es de realizar acciones efectivas para tratar de contener el problema a sus niveles mínimos de expresión y reducir a lo ínfimo posible el costo social que, inevitablemente, implica el uso de drogas en la sociedad contemporánea.

Presencia de las drogas en América Latina

INTRODUCCION

Como es de suponer, el continente latinoamericano no escapa al fenómeno de la propagación del tráfico y consumo de drogas que afecta hoy día a todo el planeta, con distintos grados de intensidad. Una mirada rápida a estudios e investigaciones realizados en distintos países sudamericanos nos permitirá concluir que el mal está presente entre nosotros y que necesariamente los organismos gubernamentales y no gubernamentales de nuestros pueblos deben coordinar sus acciones en la común lucha contra los genéricamente denominados "narcotraficantes".

Esta preocupación por el abuso de drogas en el continente ha llevado a organismos internacionales, como la Organización Panamericana de la Salud, a efectuar diversas investigaciones y a proponer acciones específicas en la lucha contra el mal.

A continuación, presentamos, en versión resumida, la publicación científica número 522 de la Organización Panamericana de la Salud, denominada precisamente "Abuso de drogas" (Año 1990). Incluimos solamente los datos de los países vecinos y de Colombia por considerarlos de mayor interés en relación al objetivo del presente trabajo.

Argentina

PRODUCCION Y COMERCIO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Las sustancias psicoactivas de mayor importancia que se producen en el país son las bebidas alcohólicas, el tabaco y algunos medicamentos psicotrópicos. En cuanto a los alcoholes, en 1986 se produjeron 121.392.277 litros de bebidas destiladas, con un aumento de 23,5% con respecto al año anterior. La producción de cerveza para el mismo año fue de 5.445.900 hl. lo que equivale aproximadamente a 27.229.500 litros de alcohol absoluto.

La vitivinicultura está destinada en su mayor parte al mercado interno. De acuerdo con los datos aportados por el Instituto Nacional de Vitivinicultura, la producción autorizada en 1986 alcanzó un total de 18.566.911 hl. es decir, 213.404.476 litros de alcohol absoluto.

La producción de tabaco fue estimada para 1984-1985 en 63.220 toneladas En 1983, la superficie ocupada por los cultivos tabacaleros era 3,8% de la superficie total destinada a cultivos industriales y 0,02% de la superficie agrícola global del país. La producción de cigarros y cigarrillos se redujo en 1980 en un 10,1% con respecto a 1975.

Aproximadamente 90% de la producción de psicofármacos del país se realiza con materias primas importadas. Algunos de estos productos pueden ser exportados pero el mercado es muy reducido. El Ministerio de Salud no cuenta por el momento con estadísticas sobre producción y comercialización de psicofármacos. No se tiene constancia de que exista producción clandestina. La coordinación del sistema de licencias para la producción lícita de estupefacientes y psicotrópicos y su fiscalización están a cargo del Gobierno.

En el caso de las bebidas alcohólicas no hay monopolio del Estado para su producción e importación. Lo mismo se aplica en el caso del tabaco y psicotrópicos.

Para la venta de psicofármacos se exige la receta médica. Los medicamentos tienen distintos requisitos para su despacho, según las listas de sustancias. Se detecta la falsificación de recetarios.

En la Argentina se mantiene una administración especial, el Departamento de Psicotrópicos y Estupefacientes, que está a cargo de la aplicación de las disposiciones de la Convención Unica sobre Estupefacientes y de la Convención sobre Sustancias Psicoactivas.

Suele ocurrir el asalto a las unidades móviles distribuidoras de los productos terminados, que luego son revendidos en forma ilegal.

CONSUMO

En 1986, el consumo anual per cápita de bebidas alcohólicas para la población de 15 años y más se estimó en 12,8 litros de alcohol absoluto, desglosados en 1,3 litros provenientes de las bebidas destiladas, 1,3 litros de la cerveza y 10,11 litros de los vinos. El mismo año se incrementó en 23% el consumo de bebidas destiladas y en 27% el de cerveza.

Se calcula que un tercio de la población adulta del país fuma tabaco habitualmente. Si bien en los últimos años la proporción de fumadores se mantiene constante, se observa una leve disminución en los varones mientras que en las mujeres se detecta un aumento considerable.

De acuerdo con los datos de la Secretaría de Agricultura y Ganadería de la nación, en 1984 la venta de cigarrillos fue de 1.772 millones de paquetes, mientras que el consumo anual de cigarrillos per cápita fue de 1.220. El consumo por habitante aumentó en un 30% desde 1947.

No se cuenta con datos oficiales de consumo de psicofármacos.

INDICADORES DE SALUD

De los 266 casos por uso indebido de drogas registrados en 1983 en los hospitales municipales de la ciudad de Buenos Aires, 249 estuvieron relacionados fundamentalmente con alcohol y 17 con otras drogas. Los casos relacionados con psicosis ocasionadas por abuso de sustancias psicoactivas constituyeron 11% del total de las psicosis. Los casos relacionados con trastornos vinculados al abuso de sustancias psicoactivas representaron 29% del total de todos los trastornos neuróticos de la personalidad. Debe tenerse e cuenta que 21% estuvo constituido por ingresos debidos a síndrome de dependencia del alcohol.

Los datos recogidos por la Comisión Nacional Contra el Narcotráfico y el Abuso de Drogas señalan que en 1987 en el Centro Nacional de Reeducación Social se internaron 603 casos (476 varones y 127 mujeres). El Fondo de Ayuda Toxicológica recibió en ese mismo año 525 casos en tratamiento ambulatorio (420 varones y 105 mujeres).

En una investigación de 1988 (Míguez y Grimson) sobre la naturaleza y magnitud de los problemas del abuso de sustancias psicoactivas en la consulta de emergencias hospitalarias se señaló que aproximadamente 5% de esta consulta, en el lapso de una semana, estaba vinculada con estos problemas: 64% de estos casos se debieron al consumo excesivo de alcohol, 20% a la ingestión de otras drogas y 16% al policonsumo.

En los hospitales generales no existen camas destinadas especialmente a los pacientes con problemas de alcoholismo y drogadicción. Estos son internados en diferentes servicios, de acuerdo con las consecuencias clínicas que tiene el abuso de sustancias psicoactivas en su organismo. Los casos que llegan a los servicios de psiquiatría son muy escasos.

Puede señalarse el estudio llevado a cabo en 1978 por el Instituto de Biología y Medicina Experimental para la Capital Federal, donde se detectó 14,2% de casos positivos (alcoholemia entre 0,3 y 0,7%) y 9,1% con alcoholemias superiores a 0,7% entre los conductores analizados.

Estudios realizados en un hospital de Buenos Aires en 1985 (Ramba y Tarasiuk) señalaron que el diagnóstico de casos de 48,8% de los pacientes internados por alcoholismo era de síndrome de abstinencia, seguido de un 20% por hemorragias gastrointestinales. La mortalidad registrada en internaciones por enfermedades asociadas a la ingestión anormal de alcohol fue de 15,4%. En el mismo período, la mortalidad general del hospital había sido de 11,5%. Se estimó que el subregistro de los problemas de alcohol como causa de enfermedad y muerte es importante. El 25% de los casos que se estudiaron no tenían en el diagnóstico de casos la mención de alcoholismo.

En relación con la drogadicción y el SIDA se cuenta con los siguientes datos: de los casos conocidos en 1988, 11 (6,7%) eran drogadictos que se inyectaban, 6 (3,7%) eran bisexuales drogadictos que se inyectaban y 1 (0,6%) era homosexual drogadicto que se inyectaba.

De acuerdo con el informe de 1986 del Centro Nacional de Reeducación Social (Otero et al.), el consumo de inhalantes manifiesta una tendencia creciente en usuarios cuyas edades oscilan entre 12 y 19 años, y en otro estudio (Arias) se indican edades de inicio de alrededor de los 8 años.

MARCO SOCIOCULTURAL

La Argentina no cuenta por el momento con estudios actualizados que desarrollen, con la profundidad que se requiere, el tema de las actitudes hacia las drogas.

Datos de las estadísticas centralizadas provenientes de diversas oficinas gubernamentales de seguridad señalan que en 1987 hubo un total de 3.839 detenidos por causas vinculadas a las drogas, de los cuales 3.389 eran varones y 450 mujeres. Del total de casos, 10,4% eran menores de edad.

Bolivia

PRODUCCION Y COMERCIO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

En Bolivia, las sustancias psicoactivas legales producidas son las bebidas espirituosas, vinos y bebidas fermentadas, bebidas malteadas, alcohol etílico potable y tabaco. Esta producción ha tenido incremento considerable año tras año, y se ha destinado en su totalidad al consumo interno, pues el rubro de las exportaciones es poco significativo. Así, en 1987 se produjeron 14.905.952 litros de bebidas espirituosas, 106.002.321 litros de bebidas malteadas, 2.007.715 litros de bebidas fermentadas y 4.498.600 paquetes de cigarrillos.

En cuanto a los psicofármacos, en el país se produce diazepam, clorodiazepóxido e idantina.

Además, existe la producción ilícita tanto de bebidas alcohólicas como de drogas (marihuana, clorhidrato de cocaína y sulfato de cocaína). Se estima que en 1980 hubo una producción total de 48.500 toneladas de cocaína. Para 1986, la producción fue de 132.400

toneladas, lo cual representa un aumento importante.

Se estima que Bolivia produce por año 765 toneladas de pasta de coca y que de esta cantidad solo se exportan de 400 a 500 toneladas Un tercio es transformado en clorhidrato consumido internamente como "pitillo".

La estructura de la industria de sustancias psicoactivas está reglamentada por licencia del Ministerio de Industria y Comercio y del Ministerio de Salud. El control de calidad y toxicidad se rige por normas internacionales. La producción se regula por mercado libre.

Los requisitos para la elaboración, importación, distribución y comercialización de medicamentos que contienen estupefacientes o psicotrópicos consisten en la exigencia de receta médica y talonarios especiales para control. Hasta la fecha no se han detectadc falsificaciones.

La industria farmacéutica boliviana no fabrica estupefacientes sino que los importa como insumos, lo cual está sujeto a control estatal.

En cuanto al comercio ilícito, se ha verificado la introducción de medicamentos anfetamínicos desde el Brasil. También preocupa la detección de Demerol, Fentanil, Halopendol, Inhibex y Mederex en el comercio ilícito.

CONSUMO

Según datos del Ministerio de Industria y Comercio, en 1987 se produjeron 4.498.600 paquetes de cigarrillos, y el consumo interno fue de 3.903.225 paquetes, lo que significaría que se consumió 87% de la producción de esta sustancia. Sin embargo, se estima que el contrabando podría elevar este consumo interno.

Según estimaciones realizadas en esta misma fecha por el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, el consumo de alcohol absoluto fue de alrededor de 4,3 litros per cápita, sin considerar la producción artesanal de chicha, la importación legal, que es limitada, y el contrabando, que es significativo.

Se han realizado varias investigaciones para estimar la prevalencia del uso indebido de sustancias psicoactivas. En una encuesta en la población joven del país realizada en 1978 por la Dirección Nacional de Control de Sustancias Peligrosas se señaló que 11,2% de los

encuestados había probado drogas alguna vez, y 1,0% admitió ser consumidor habitual. Otros estudios, como el de ABC Comunicaciones realizado en 1986 en una muestra de 1.219 personas entre 8 y 25 años de edad y el de la Cruz Roja Boliviana del mismo año en 1.536 personas entre 10 y 25 años, arrojan resultados semejantes.

En la investigación de ABC Comunicaciones se observó que las sustancias de mayor consumo eran la marihuana (38,7%) y la pasta básica de cocaína (38,6%), seguidas por los psicofármacos (8,8%), inhalantes (7,5%) y clorhidrato de cocaína (6,4%).

En su estudio del mismo año, la Cruz Roja encontró los siguientes porcentajes de consumo: marihuana (36,3%), cocaína (8,8%), inhalantes (6,3%) y gasolina (6,3%).

Con respecto a los grupos de edad de mayor riesgo de consumir sustancias psicoactivas, la investigación realizada en la Clínica de Psiquiatría de la Ciudad de La Paz entre 1981 y 1984 mostró que 83,7% de los alcohólicos hospitalizados se encontraban entre los 30 y 59 años.

En cambio, en el estudio realizado por ABC Comunicaciones la mayor prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas estaba en el grupo de 20 a 25 años.

En los estudios del Instituto Nacional de Investigación en Farmacodependencia (INIF), de 65 a 70% del total de farmacodependientes hospitalizados en esta institución eran pacientes entre 15 y 30 años. En una investigación realizada en Cochabamba entre 1979 y 1980 (Argandoña), se determinó que 30% de los encuestados mayores de 15 años bebían alcohol. En el estudio de la Cruz Roja mencionado se detectó que la mayor incidencia de consumo de sustancias psicoactivas se encontraba en el grupo de 16 a 25 años. En este mismo trabajo no se encontraron diferencias según estrato social.

En cuanto a los medicamentos psicotrópicos, una gran proporción es introducida clandestinamente desde el Brasil (anfetaminas), el Perú (dextroprotifeno) y Chile (Demerol, Fentanil y Talamonal). Por lo tanto, no es posible estimar apropiadamente su consumo.

INDICADORES DE SALUD

En un estudio de la Clínica Psiquiátrica de la Caja Nacional de

Salud de La Paz llevado a cabo en 1985 se encontró que de 953 hospitalizaciones, 251 se debían a problemas de alcohol (26%); de estas, 223 correspondían a varones (88,8%) y 28 a mujeres (11,2%). En este mismo estudio se revisaron los registros de la consulta externa, en que se atendieron 4.541 casos. De estos, 341 fueron por problemas de alcohol (7,5%) y 21 por consumo de otras drogas (0,5%). Esto podría indicar que el paciente con este tipo de problema utiliza poco la consulta externa en comparación con la hospitalización.

También se cuenta con los datos del INIF, que en sus 12 años de actividad ha señalado una mayor cobertura en la atención externa, con una progresiva disminución de las hospitalizaciones. Se observa una mayor proporción de varones hospitalizados voluntariamente, con un predominio de desocupados. Según esta misma fuente, se ha observado un cambio en la proporción de pacientes atendidos por adicción a las diferentes sustancias. En los primeros cinco años (1976-1980), el alcoholismo representaba 38,8% de la demanda; el abuso múltiple, 25% y el de cocaína, 10%. En los siguientes cinco años (1981-1985), la farmacodependencia múltiple representa 40%, el alcoholismo, 27% y la dependencia a la cocaína aumentó en 20% (incremento de 100%). Los datos de 1986 y 1987 siguen revelando un ascenso en la demanda de atención por parte de los usuarios de cocaína (33%), y el alcoholismo queda relegado al tercer lugar.

En cuanto a la relación entre accidentes de tránsito y consumo de alcohol y otras drogas, no se cuenta con muchos datos. De acuerdo con estadísticas recolectadas por la Unidad de Tránsito de La Paz, en 1980 la embriaguez representaba la segunda causa de accidentes de esta clase (12,7%). Esta cifra aumentó a 18,6% en 1986.

El efecto de la farmacodependencia en el sector laboral es difícil de precisar. En un seguimiento que llevó a cabo el Departamento de Higiene y Seguridad Industrial en tres fábricas de la ciudad de La Paz se detectó que 7,3% de los ausentismos laborales en los dos primeros días de la semana se relacionaban directamente con el consumo de alcohol, así como 1,2% de los accidentes del trabajo.

MARCO SOCIOCULTURAL

Se ha observado una creciente aceptación del consumo de alcohol, aunque las modalidades de ingestión son diferentes en los distintos

grupos sociales. En la zona rural andina se admite que la mujer participe en el consumo de alcohol en actividades cívicas y religiosas. En grupos urbano-marginales el individuo que bebe en exceso es rechazado. Los hombres beben abundantemente, particularmente los fines de semana con grupos de amigos y se embriagan con la aceptación de todos. Otras modalidades de consumo más reciente se dan en combinación con la cocaína y otras drogas en el grupo de 15 a 30 años.

La relación entre abuso de sustancias psicoactivas y delincuencia parece bastante significativa. Sin embargo, no se cuenta con información sistematizada. Lo mismo ocurre en el caso de la prevalencia de la farmacodependencia en la población carcelaria.

Brasil

PRODUCCION Y COMERCIO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

El alcohol y el tabaco consumidos en el Brasil son producidos íntegramente en el país. Los psicofármacos se producen en su mayoría con materia prima importada.

En 1984, la producción legal de bebidas alcohólicas fue de 1.000 millones de litros de "cachaça", 2.000 millones de litros de cerveza y 400 millones de garrafas de otras bebidas (vino, whisky, coñac, vodka, etc.) En 1980, las bebidas destiladas constituían 450 millones de litros de alcohol absoluto. En 1983, la División de Medicamentos del Ministerio de Salud indicó que en el país se comercializaban 228 productos benzodiazepínicos.

La industria de bebidas alcohólicas fue en 1985 la quinta empresa en crecimiento del país (entre 25 empresas manufactureras), y la industria de fármacos fue la sexta.

La producción de psicofármacos está regulada por el mercado libre sin monopolio estatal. Su fabricación, comercio y distribución están sometidos a fiscalización por la División Nacional de Vigilancia Sanitaria, División de Medicamentos del Ministerio de Salud. No se dispone de información acerca de la desviación de fármacos a través

de canales ilícitos.

El despacho de psicofármacos se rige por lo establecido en la Convención Unica sobre Estupefacientes de 1961 y la Convención sobre Sustancias Psicoactivas de 1971; por lo tanto, determinados fármacos exigen la retención de la receta médica y otros requieren talonarios especiales. Se ha denunciado la falsificación de recetas y recetarios.

A pesar de que existe un control legal de la venta de sustancias psicotrópicas, en general se observa que estas se venden libremente sin receta médica. Es común que el vendedor de la farmacia sea consultado por los clientes y que les prescriba este tipo de fármacos.

CONSUMO

Datos de 1981 publicados por la prensa revelaron que el consumo de todas las bebidas alcohólicas equivalía a 9,1 litros de alcohol absoluto per cápita al año. El consumo de cigarrillos en el segundo semestre de 1986 se estimó en 63 cajetillas por año para cada individuo mayor de 15 años de edad. En cuanto a los psicotrópicos, datos publicados en 1980 (Pharmaceutical Market of Brazil) estiman que 17% de las recetas médicas brasileñas correspondían a sustancias psicotrópicas. No hay datos sobre consumo.

Los patrones de consumo de alcohol en la sociedad brasileña son muy diversos, lo que hace muy difícil hacer alguna generalización.

En Sao Paulo, Salvador y Porto Alegre, en un estudio realizado en 1987 (Masur et al.) en una muestra de 120 jóvenes que vivían en la calle, se verificó que el consumo de drogas en ese grupo era alarmante. Estos muchachos, entre 7 y 17 años de edad, indicaron haber consumido en el último mes las siguientes sustancias: tabaco, 86%; alcohol, 51%; marihuana, 44%; cocaína, 11% e inhalantes, 56%. Confesaron haber consumido el anticolinérgico Artane 17% de los jóvenes y diazepam, 8%.

Es interesante comparar las anteriores cifras con las de otro estudio realizado el mismo año: en una muestra de 20.000 alumnos de primaria y secundaria de 10 a 17 años de edad, residentes en ocho ciudades del país, el promedio de consumo de alcohol en alguna ocasión fue de 76%, el uso en el último año fue de 58% (62% para los varones y 55% para las mujeres), y en el último mes fue de 31%. Se

halló que el consumo de tabaco en el último año fue de 16%, marihuana, 1,6%; inhalantes, 9,5%; cocaína, 0,4%; ansiolíticos, 3,5%; hipnóticos, 2% y barbitúricos, 1,7%. Otro dato alarmante de este estudio fue que 5% de los alumnos encuestados dijeron haber consumido alcohol 20 días o más del último mes.

INDICADORES DE SALUD

En dos estudios realizados en barrios de clase socioeconómica baja, el primero en 1965 y el segundo en 1974, se encontró que 6% de la muestra estaba constituida por "bebedores patológicos". En otro estudio en una zona marginada de la ciudad de Salvador se halló una tasa de alcoholismo de 22,6%. En relación con las demás sustancias psicoactivas, un estudio realizado en 1987 en hospitales psiquiátricos de todo el país indicó que 30% de las internaciones por dependencia de drogas fue por uso de Cannabis (marihuana), 24% por drogas no especificadas, 16% por cocaína y 12% por asociaciones con el consumo de drogas.

Al estudiar la relación entre el consumo de alcohol y los accidentes de tránsito en un período de 10 años (1966-1975), se encontró que 25% de los conductores implicados en accidentes tenían algún nivel de alcoholemia y que esta era mayor de 80 mg/dl en 18% de los accidentes estudiados.

En cuanto a la relación entre el SIDA y la drogadicción, el Ministerio de Salud indica que del total de casos hasta marzo de 1988 (2.956), 16,7% contrajeron la enfermedad por transmisión sanguínea (495); de estos, 39,4% (195) se inyectaban drogas por vía intravenosa.

Chile

PRODUCCION Y COMERCIO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

En Chile, solo se producen bebidas alcohólicas y tabaco. Las materias primas de todos los psicofármacos consumidos internamente se deben importar.

La superficie total de vid cultivada representa 1,2% (100.000 ha) de toda la superficie cultivable. El 85% de la producción de vid se destina a la fabricación de alcohol (principalmente vino) y el resto a uva de mesa para consumo interno y exportación. En 1980, la producción anual de vinos y chichas fue de 500 a 600 millones de litros, de 200 a 250 millones de litros de cerveza y de 15 a 20 millones de litros de licores destilados. Además, se importó 1 millón de litros de vinos y chichas, 280.000 litros de cerveza y 7 millones de litros de destilados. La exportación de vino para este mismo año fue de 18 millones de litros.

La comercialización del alcohol es libre. Los gastos en publicidad son variables; por ejemplo, para el año 1982 se invirtieron aproximadamente U$S 14 millones, con un 70% destinados a la publicidad en televisión.

La superficie plantada de tabaco es de 2.500 ha. La mayor parte de la producción se consume en el país y un 15% se exporta a los Estados Unidos.

El Gobierno controla la producción de tabaco. La producción anual de cigarrillos es de 8.000 millones de unidades, lo que representa 2% de la producción bruta nacional. El gasto en publicidad para la venta del tabaco entre junio de 1984 y julio de 1985 fue de U$S 1,5 millones, en su mayoría destinados a la televisión.

El Instituto de Salud Pública es el organismo que regula la importación de las diferentes sustancias psicoactivas. El expendio público de estos productos se hace mediante "receta cheque" o "receta médica retenida", las cuales quedan registradas según acuerdos de la Convención Unica de Estupefacientes de 1961. Hasta el momento los benzodiazepínicos no están incluidos en ninguna de las listas, por lo tanto se adquieren con receta médica común.

Existe alguna desviación de todos estos productos hacia el uso ilícito, particularmente los anfetamínicos, anorexígenos y benzodiazepínicos, mediante la falsificación de recetarios y en algunas ocasiones por prescripción indebida de recetas por parte del médico.

CONSUMO

Un 70% de la población del país suele beber alcohol. En términos generales se estima que el consumo per cápita anual oscila aproxi-

madamente entre 40 y 50 litros de vino, 15 litros de cerveza y 1 litro de licores, lo que equivale a 6 u 8 litros de alcohol absoluto. Estas cifras aumentan en un 50% si se excluye la población menor de 15 años y los abstemios, y aproximadamente en otro 20% si se suma la producción clandestina.

Para el sexo masculino, la tasa de alcoholismo oscila entre 15 y 35% y para el femenino, entre 0 y 4%.

Se estima que casi 50% de la población adulta (mayor de 15 años) fuma cigarrillos. Los hombres tienen mayor afición que las mujeres y hay una asociación directa entre el hábito y el nivel educativo del usuario. El consumo bruto anual per cápita fluctúa entre 600 y 900 cigarrillos. Si esta cifra se corrige para incluir solamente la población adulta y también para incluir solo la mitad consumidora, estos fumarían de 6 a 9 cigarrillos al día.

Según diversos estudios realizados en los últimos años, los psicotrópicos utilizados indebidamente en Chile (principalmente por los adolescentes) son la marihuana, los solventes volátiles, la cocaína y ciertos psicofármacos (estimulantes, anfetamínicos, anorexígenos y algunas benzodiazepinas).

La marihuana (Cannabis) es fácil de obtener porque el cáñamo es una fibra de uso industrial y por lo tanto hay extensas plantaciones en el país. Aunque la plantación es controlada, hay robos y producción clandestina. En cuanto a su consumo, se calcula que entre 40 y 50% de los adolescentes ha fumado marihuana alguna vez; su uso regular (más de una vez por semana) probablemente alcanza a 5% de los jóvenes de 12 a 19 años de todos los niveles socioeconómicos.

Los solventes que se inhalan también son fáciles de conseguir, especialmente los productos domésticos como el pegamento. Se estima alrededor de 3 a 5% de niños y jóvenes entre 8 y 15 años de edad de niveles socioeconómicos bajo y marginal inhalan esta sustancia.

Hace tres años la cocaína fue eliminada del registro nacional de medicamentos, de manera que su uso tienen siempre fines ilícitos. En la zona norte del país se consume pasta básica (sulfato) de cocaína. Se estima que 30% de los adultos ha probado alguna vez esta sustancia. Los consumidores regulares constituyen 3% de la población urbana de esas regiones; usualmente son adultos jóvenes y de edad media, de niveles socioeconómicos medio y alto.

Los anfetamínicos y anorexígenos se obtienen por medios ilegales.

Probablemente entre 3 y 5% de la población de 12 a 19 años de edad de todos los niveles socioeconómicos realiza algún consumo sin prescripción médica idónea. Este consumo se incrementa enormemente en la zona norte por la facilidad de obtener fármacos procedentes del Perú.

El control insuficiente y el bajo costo hacen muy posible el abuso de estos fármacos. En la mayoría de los casos es probable que se usen para calmar una patología ansiosa. Por otra parte se ha detectado su abuso en grupos de adolescentes, especialmente del diazepam y flunitrazepam, y se estima que de 1 a 2% de la población entre 12 y 19 años hace uso no médico de estas sustancias. Es importante destacar que su consumo con frecuencia es mixto, particularmente con alcohol y tabaco.

INDICADORES DE SALUD

Los diversos servicios asistenciales psiquiátricos estatales reciben casos remitidos de los tribunales para evaluar si el joven presenta adicción a alguna droga. Esta labor representó alrededor de un 3% de la consulta psiquiátrica en 1987.

Aunque no existen datos de un estudio nacional de prevalencia, se estima que el consumo de las principales sustancias ilícitas es relativamente bajo. Una excepción se podría dar en la zona norte del país, donde se conoce el consumo de cocaína. Por ejemplo, entre enero y agosto de 1988, 2,5% de los casos en el servicio de psiquiatría del hospital local de la ciudad de Iquique estaban relacionados con el abuso de pasta básica de cocaína.

En cuanto a los servicios de urgencia, se cuenta con datos acerca del síndrome de abstinencia, intoxicaciones mayores y nivel de alcoholemia de los conductores envueltos en accidentes de tránsito. El número de conductores detenidos por conducir en estado de embriaguez ha bajado de 5.400 en 1983 a un promedio de 2.900 entre 1986 y 1987, lo que representa un descenso de 54%.

En cuanto al SIDA, de los 100 casos presentados hasta la fecha, dos de ellos se han asociado al consumo de drogas por vía intravenosa, con antecedentes de contagio en el extranjero.

El alcoholismo constituye 4,5% de los casos hospitalarios del país. Si esta cifra tuviera en cuenta las múltiples morbilidades asociadas,

se elevaría a 38% de todas las hospitalizaciones. Lo mismo sucede con la mortalidad por alcoholismo, que constituye 7% si se considera como diagnóstico principal pero que se eleva a 53% si se tienen en cuenta las patologías asociadas.

La asociación entre muertes violentas e ingestión de alcohol es relevante. De los homicidios registrados entre 1981 y 1983, la proporción de personas con alcoholemia positiva fue de 48,6% (365 de 751). De los 862 suicidios registrados durante este período, 38,6% tenían una asociación con el consumo de alcohol.

MARCO SOCIOCULTURAL

En general, la población manifiesta permisividad frente al habito de beber, especialmente en los hombres. En los estratos socioeconómicos bajos existe tolerancia a la embriaguez y se empieza a beber a edad temprana. Algo similar sucede con el hábito de fumar, que comienza en la adolescencia y aumenta con la edad, especialmente en las mujeres.

Respecto a los psicofármacos, hay cierta indiferencia hacia los consumidores de marihuana; no así frente a los inhaladores de solventes volátiles y los usuarios de estimulantes, que causan gran preocupación.

Colombia

PRODUCCION Y COMERCIO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

En 1987, la producción de alcohol y bebidas alcohólicas fue de 120 millones de botellas de aguardiente, 30 millones de botellas de otros licores y 1.600 millones de botellas de cerveza. No se informa la producción clandestina de licores.

La producción, distribución y consumo de psicofármacos está estrictamente vigilada por la Comisión Revisora de Medicamentos. La lista incluye estupefacientes, analgésicos especiales, barbitúricos, anfetaminas, anoréxicos y similares, tranquilizantes e hipnóticos no

barbitúricos.

La importación de drogas y medicamentos solo puede hacerla el Fondo Rotatorio de Estupefacientes del Ministerio de Salud, o a través de este. Para tal efecto existe una legislación, que abarca también lo concerniente a distribuidores mayoristas y minoristas. El expendio al público de este tipo de productos está asimismo debidamente regulado.

Según información de la Sección de Salud Mental de la Seccional de Salud de Antioquia, la única forma de desviación de los canales lícitos de expendio de psicofármacos es a través del contrabando desde otros países.

CONSUMO

Con excepción de los tranquilizantes, todas las sustancias psicoactivas presentan una probabilidad de consumo mayor en el hombre que en la mujer, con diferencias altamente significativas.

Los tranquilizantes, junto con el alcohol y el tabaco, configuran la trilogía de sustancias cuyo consumo es aceptado socialmente. En un estudio realizado en 1987 (Torres, Y. y Murrelle, L.) se encontraron las siguientes prevalencias de consumo por 1.000 habitantes para estas tres sustancias: alcohol, 560; tabaco, 297, y tranquilizantes, 60. El consumo de cocaína ha sido desplazado por el del bazuco, que a su vez presenta un exceso de riesgo para su consumo de 3,3 en el caso de los hombres. La marihuana sigue ocupando el primer lugar entre las sustancias ilegales; la consumen 19 de cada 1.000 hombres y 3 de cada 1.000 mujeres.

En la zona urbana, 81.246 personas consumen bazuco, y de ellas 19.359 son mujeres, en su mayoría en edad reproductiva. La marihuana es consumida por 136.944 personas residentes en zonas urbanas de Colombia, y otras 31.207 consumen cocaína.

Las bebidas alcohólicas son consumidas por 1.432.578 mujeres y un total de 7.047.495 individuos. El alcoholismo como tal se estima que afecta a 854.038 hombres y 141.947 mujeres. Por cada 1.000 hombres hay 104 alcohólicos y por cada 1.000 mujeres, 8 alcohólicas.

En la determinación de los grupos de alto riesgo se puede decir que el pertenecer al sexo masculino aumenta la posibilidad de consumo de sustancias psicoactivas, con excepción de los tranquilizantes. En

los hombres, el grupo de edad de mayor riesgo es el de 20 a 24 años, y para el sexo femenino es el de 16 a 19 años. La clase socioeconómica alta presenta las mayores prevalencias de consumo de cocaína y marihuana en el sexo masculino. Para el bazuco, el mayor consumo se da en la clase baja.

INDICADORES DE SALUD

Del total de consultas psiquiátricas, 0,43% son por causas relacionadas con el consumo de alcohol y drogas.

No se conoce con exactitud qué porcentaje de las 5.605 camas psiquiátricas que existen en el país se dedican a la atención de drogadictos.

Un fenómeno que llama la atención es la fuerte asociación entre el consumo de sustancias psicoactivas y el intento de suicidio, en especial para el sexo femenino. La mayor fuerza de asociación corresponde a el bazuco.

MARCO SOCIOCULTURAL

Las drogas legales son aceptadas por la comunidad tanto en lo relativo al comercio como al consumo. Para el consumo de alcohol en exceso existe un rechazo social, pero no para el consumo "social". El consumo de tranquilizantes también está aceptado socialmente. Comienza a desarrollarse una condena de los fumadores que lo hacen en sitios de reunión cerrados.

La mayor parte de la población está en contra del libre comercio de sustancias que producen dependencia. Solo 4% de los colombianos está a favor del comercio libre de la marihuana y 2,5%, del bazuco y la cocaína.

El tema de las drogas en el Paraguay

Con el Dr. ***Agustín Carrizosa,*** *Director del Proyecto Marandú. abordamos cómo surge el problema del tráfico y consumo de drogas en el Paraguay, desde su conocimiento sobre el tema.*

He aquí una síntesis de su pensamiento sobre el tema.:

La preocupación por el tema de las drogas en el Paraguay, podríamos decir que nace solo en la década de los '80. Aunque en los años previos existía una conciencia de que el problema del alcoholismo era bastante importante en el país, incluso que se estaba viviendo cada vez más entre los jóvenes, por ejemplo, el tema en sí de la drogadicción propiamente dicha no era visto como algo central en la problemática de salud en el Paraguay , se lo veía más bien como algo un tanto alejado de nuestra realidad.

También en la década del '80 se produce el bloqueo norteamericano del acceso de las drogas de Colombia hacia los Estados Unidos y, como consecuencia de tal hecho, el Paraguay empieza a transformarse , de a poco, en un paso nuevo del tráfico de drogas en América Latina; los organismos internacionales que estudian el tema vieron que el país empezaba a ser utilizado como uno de los tantos caminos para el tráfico de drogas.

A esto habría que agregar que Bolivia es un productor importante de la cocaína, Brasil también se estaba convirtiendo en una zona donde se negociaba en gran escala con drogas y el Paraguay, con su "cultura" de tráfico ilegal de distintas mercaderías, con el hábito del contrabando extendido en amplios sectores sociales, era un campo fértil para el tráfico de drogas.

Al respecto, debemos tener en cuenta la realidad de que cuando en una zona se produce el tráfico de drogas ello significa que, normalmente, una parte del pago se realiza en efectivo y otra parte en forma de sustancias. Por tanto, esto significaba una situación de riesgo para el Paraguay.

En forma paralela, como quedó dicho, había estratos de población, particularmente los jóvenes, que habían aumentado el volumen de ingestión de bebidas alcohólicas y el consumo de marihuana, por todo lo cual existian suficientes elementos como para considerar el peligro de que existiera una epidemia de drogadicción a nivel local.

Aunque no se pueden aportar datos estadísticos concluyentes, resultó claro que el Paraguay se iba transformando, durante los años '80, en uno de los productores más importantes de marihuana en Latinoamérica, a tal punto que el producto paraguayo pasó a ser considerado como uno de los mejores, en cuanto a su calidad, a nivel mundial.

ESTADO DE ALERTA

Las situaciones descritas llevaron a médicos, psicólogos, educadores y autoridades nacionales a expresar su preocupación por el tema y a desarrollar algunas actividades tendientes a la lucha contra la drogadicción.

Por un lado, se movió el sector oficial con el objetivo de establecer mecanismos para el control y represión del tráfico de drogas, en tanto el sector privado, sobre todo las organizaciones no gubernamentales, enfocó más su atención hacia el problema de la fármacodependencia, su aspecto preventivo y la labor de concientización en torno al tema.

De este modo, fueron varias las organizaciones que empezaron a trabajar en el campo de la prevención y la lucha contra la drogadicción, particularmente con los grupos juveniles y campañas de educación a nivel escolar.

El problema era que no existía una real coordinación entre estos grupos y, por ello, a veces se duplicaban esfuerzos o se desarrollaban programas que podrían tener una mejor coherencia si se realizacen con cierta coordinación.

En otro orden, en aquellos años, bajo un gobierno dictatorial, el

sector público se hallaba alejado y escindido de los programas del sector privado; las autoridades llevaban adelante ciertos trabajos en el aspecto represivo del tráfico, aunque con pocos resultados; de hecho, lo hacían más por una cuestión de imagen política hacia el exterior que por una genuina preocupación por erradicar el problema.

Para los médicos que seguían de cerca el tema, una de las cosas que llamaban la atención era que existía un aumento significativo en el número de consultas en relación al problema del alcoholismo y del consumo de drogas.

Aunque resultaba difícil realizar clasificaciones categóricas, podía decirse que había una cierta separación en el tipo de consultas. La gente que pertenecía a los sectores de escasos recursos económicos, consultaban más sobre problemas vinculados con el alcoholismo, en tanto que las personas más pudientes expresaban más inquietudes en relación al consumo de otras drogas.

Aunque la información disponible no era contundente, existía la presunción de que el problema era grave, tal como lo demostró un estudio realizado en 1989, con los auspicios de las Naciones Unidas, en donde se comprobó que un porcentaje de la población escolar del país consumía algún tipo de sustancias adictivas (inhalantes, depresores, marihuana y otras combinaciones). (*"Consumo de sustancias psicoactivas. Perfil nacional del Paraguay"*. G. Fogel, 1989).

Un dato importante, recogido por la encuesta, reveló que las sustancias inhalantes eran las más utilizadas en ciertas zonas del país aunque,como era de suponer, el alcohol sobrepasaba a las demás.

Por entonces, entre los sectores preocupados por el tema se dejaba sentir la necesidad de contar con datos fidedignos y concluyentes sobre la magnitud del problema de la drogadicción en el Paraguay. Por eso, uno de los primeros objetivos que se fijó, tras ser creado,el Proyecto Marandú fue la elaboración y administración de una encuesta nacional que permitiera conocer realmente el estado del problema en todo el país.

PRIMERAS ACTIVIDADES CONJUNTAS

Cuando ya estaba por concluir la década del '80, a fines del año '89, a iniciativa de la Embajada Americana en Asunción, se lleva a cabo

una reunión donde participaron representantes de varias entidades vinculadas al trabajo de la lucha contra la drogadicción en el país. Por entonces, dicha embajada mantenía relaciones de colaboración y apoyo con algunas de estas organizaciones locales en determinadas actividades específicas.

Entre las entidades invitadas a la reunión, estaba también el Comité Paraguay-Kansas que, luego, en la práctica, se convirtió en el organismo coordinador de las primeras actividades. Se creó entonces una organización denominada CONFA, es decir, la Coordinadora de Organizaciones No Gubernamentales hacia la Fármacodependencia.

Bajo el apelativo de CONFA, se empezaron a reunir las distintas organizaciones, aproximadamente cada 15 días, con la finalidad de llevar a cabo ciertas actividades, tales como la "Semana de la Prevención de la Drogadicción", que se desarrolló en 1990, junto con la campaña "Crecer en libertad", etc. Por la misma época, el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social crea la Dirección de Salud Mental, que vino a servir como el vínculo apropiado para la relación de las organizaciones privadas con el sector oficial.

Esta vinculación con el Estado permitió establecer una coordinación con el Ministerio de Salud Pública , el Ministerio de Justicia y Trabajo, el Ministerio de Educación y con lo que en ese momento era la CONAD, la Coordinadora Nacional Antidrogas, una nueva organización establecida en conexión directa con el Poder Ejecutivo.

SURGE EL PROYECTO MARANDU

Cuando se concreta la coordinación entre las organizaciones privadas entre sí y entre éstas y el sector oficial, se dan las condiciones para la elaboración y lanzamiento del **Proyecto Marandú** que, desde sus comienzos, contó con el apoyo financiero de la A.I.D.

El Proyecto Marandú se fijó tres objetivos básicos: El **primer componente** apuntaba a fortalecer la red nacional antidrogas, la red de prevención y concientización del abuso de drogas. Lo que se pretendía era apoyar y fortalecer las instituciones que ya estaban trabajando en el tema de las drogas, fortaleciendo el vínculo entre ellas, promoviendo las acciones que llevaban a cabo y facilitando la coordinación de actividades a fin de evitar duplicaciones de esfuerzos.

El **segundo objetivo** consistía en tratar de obtener un diagnóstico real del problema de las drogas en el Paraguay; saber cuál era la magnitud de la situación, determinar cuál era su nivel de desarrollo; saber si estábamos en una etapa de principio de incidencia, en un período de epidemia de la droga, etc.

Y, **en tercer lugar**, el Proyecto Marandú se propuso desarrollar un programa de concientización nacional en torno al tema de la fármaco dependencia. Cuando hablamos de concientización, básicamente nos referimos a la necesidad de movilizar fuerzas en torno al tema de las drogas. Entendíamos que no solamente las instituciones que ya estaban trabajando en el tema debían ser movilizadas, sino que había otras entidades que también deberían comprometerse y que no estaban participando; por tanto, estas instituciones debían ser concientizadas.

Desde la Dirección de Salud Mental, del Ministerio del ramo, se impulsó un programa nacional de concientización y prevención de la fármacodependencia. Esta estrategia tenía como objetivo la puesta en marcha de una red nacional de concientización y prevención en torno al tema. Para esto, se precisaba una estructura nacional que la contenga.

Se establece la relación del Ministerio de Salud Pública con la Coordinadora Nacional Antidrogas en orden a una reestructuración institucional del tema de la lucha contra la drogadicción.

Desde el sector oficial, la mayor incidencia en torno al tema recaía en la DINAR, Dirección Nacional Antidrogas, que dependía del Ministerio del Interior. Entonces, los sectores oficiales involucrados crearon la Secretaría Nacional Antidrogas (SENAD).

La SENAD consistía, básicamente, en un organismo de coordinación de las entidades oficiales relacionadas con el tema de las drogas. Desde esta entidad, se buscaba alentar y coordinar las actividades ya sea de control y represión del tráfico de drogas, que correspondían más al sector oficial, como de prevención y concientización del abuso de las drogas, que se dejaba más al sector de las organizaciones no gubernamentales.

Una vez que se formó la SENAD, realmente se pudo contar con una red nacional antidrogas, cuyo primer objetivo fue fortalecer esta

relación interinstitucional entre los distintos sectores, tanto públicos como privados.

Todo lo anterior se realizó dentro del ámbito del fortalecimieno de las relaciones institucionales.

En segundo lugar, se llevó a cabo la **Encuesta Nacional sobre Salud Mental y Hábitos Tóxicos en el Paraguay**. Esta encuesta, que comprendió a unas 2.500 familias, nos permitió un diagnóstico acabado de la situación, tal como puede comprobarse en otro capítulo del presente documento.

Esta encuesta nos ha permitido reconocer cuáles son nuestras poblaciones-riesgos y qué tipo de riesgos estamos enfrentando. Se ha podido reconocer que el tema de la adicción es más importante de lo que se pensaba anteriormente, que no se trata de un problema restringido ni muy limitado, como estima mucha gente.

Por otra parte, también supimos que la conciencia comunitaria en torno al tema era realmente pobre. Es decir, poca gente se daba cuenta del problema que se estaba enfrentando. Los jóvenes, por ejemplo, sostenían que no es un tema por el cual preocuparse demasiado.

En cuando al objetivo de la concientización comunitaria, empezamos a desarrollar diferentes programas. Por un lado, con líderes comunitarios, tanto legislativos como judiciales, empresariales, periodistas, etc., líderes de opinión, en seminarios y charlas en nuestra capital y en ciudades del interior.

Por otra parte, elaboramos una estrategia escolar que permitía desarrollar una conciencia preventiva en los jóvenes. Esta estrategia escolar estaba dirigida, por un lado, hacia los docentes, capacitarlos para que sean mensajeros de la problemática de las drogas y, por otro lado, un curriculum escolar que abarcaba los grados 4to. al 6to., incluyendo, dentro ya del sistema educativo, capítulos referentes a la problemática de la salud mental y el comportamiento adictivo. Se tomó esta edad escolar porque es la edad en la cual realmente se pueden producir cambios a través de la educación, ya que en edades mayores el cambio se vuelve mucho más difícil.

Acción gubernamental ante el tráfico y consumo de drogas

Las autoridades nacionales han asumido una posición de lucha contra el tráfico y consumo de drogas, mediante la sanción de leyes que enfocan, preferentemente, modalidades represivas aunque también apuntan hacia medidas de prevención y recuperación de las personas afectadas por el problema.

En la actualidad, la ley vigente en la materia es la número 1.340, por la cual se modificó la ley anterior (Nº 357/72) que "reprime el tráfico ilícito de estupefacientes y drogas peligrosas y otros delitos afines y establece medidas de prevención y recuperación de farmacodependientes". Siempre en el plano legal, la ley citada fue, a su vez, modificada por la ley 108/91 que creó la Secretaría Nacional Antidrogas (SENAD).

La legislación paraguaya establece:

- Cuales son las sustancias estupefacientes y drogas peligrosas, entre las que incluye las enumeradas en la Convención Unica sobre Espupefacientes y el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas.
- Prevé mecanismos de control en cuanto a la comercialización y suministro de tales drogas. Prescribe la obligatoriedad del "Libro de Drogas" en todos los centros médicos y asistenciales; dispone la utilización de recetarios especiales, controlados y limitados; incluye mecanismos concretos de comercialización para las farmacias y para los fabricantes de las sustancias estupefacientes.

- La legislación establece penas para quienes importen, exporten o comercialicen de alguna forma dichas sustancias, sin sujetarse a las prescripciones legales.
- Sanciona normas referentes a la tenencia, consumo y medidas de seguridad curativas; la tenencia de las drogas, sin autorización legal, implica sanciones penitenciarias y multas.
- Advierte sobre la ilicitud de la siembra, cultivo, recolección y comercialización de plantas que pueden servir para la fabricación de sustancias estupefacientes y drogas peligrosas.
- Define y tipifica el tráfico ilícito y los delitos conexos con las drogas peligrosas, incluyendo a las personas que hubieren instigado o persuadido a otra para la producción y tráfico de las referidas sustancias.
- La ley también crea la Dirección Nacional de Narcóticos (DINAR), cuyas funciones específicas se detallan más adelante.

LA SENAD

El organismo gubernamental de máxima autoridad en la materia es la Secretaría Nacional Antidrogas (SENAD), creada en 1991por la Ley 108/91, que, de acuerdo a sus objetivos, coordina las acciones entre los entes gubernamentales y no gubernamentales que trabajan en programas de lucha contra el narcotráfico y la drogadicción. Esta entidad depende directamente de la Presidencia de la República y es dirigida por un Secretario Ejecutivo nombrado por el Poder Ejecutivo.

Está al frente del organismo el Gral. David Marcial Samaniego quien, a continuación, señala los objetivos y actividades de la SENAD:

- En la SENAD nos constituimos en un órgano de coordinación de las organizaciones ya existentes y en funcionamiento, basando esta acción en una organización mínima y ágil. Nuestra entidad, básicamente, cumple funciones de coordinación, dirección y supervisión de los organismos gubernamentales y no gubernamentales que se esfuerzan por detener el narcotráfico y la drogadicción.

El hecho de que la Secretaría Nacional Antidrogas haya sido creada en fecha reciente demuestra que el Gobierno tiene la fuerte

voluntad de luchar contra este flagelo que azota nuestros pueblos. También el Congreso Nacional se une a esta lucha, pues en los últimos dos años ha cuadruplicado los recursos que se pone a disposición de la Dirección Nacional de Narcóticos para el cumplimiento de sus fines específicos.

La SENAD tiene dos áreas principales de acción:

Por una parte, coordina los esfuerzos locales en la lucha contra el narcotráfico y la drogadicción. Las acciones, en este campo, van encaminadas a reprimir el tráfico de drogas en el país, no solamente su comercialización local sino también el paso de la droga, como la cocaína, a través de nuestro territorio, procedente de países vecinos. Este es un problema a nivel mundial, que está fuera de nuestro alcance, pero, por lo menos, podemos luchar contra el mal impidiendo el tráfico de la droga por nuestro territorio, desde o hacia países vecinos.

También coordinamos la lucha contra la producción de marihuana ya que el Paraguay cuenta con aproximadamente unas 300 a 400 hectáreas de plantaciones de marihuana y es nuestro propósito destruirlas totalmente. Es un objetivo a largo plazo, los medios con los que contamos no son muy abundantes, pero estamos realizando el trabajo con la colaboración de instituciones de seguridad como las fuerzas de las Delegaciones de Gobierno y de las Fuerzas Armadas de la Nación.

En segundo término, la SENAD tiene también como objetivo tratar de ir eliminando el consumo de las drogas. En este aspecto, pensamos que deberían ser modificadas algunas leyes de modo que pueda sancionarse no solamente el tráfico sino también el consumo de las drogas; hacer responsables a los consumidores de sus acciones, que tengan que responder por sus actos.

Felizmente, la Constitución Nacional recientemente aprobada establece en su artículo 71 que ***"el Estado reprimirá la producción y tráfico ilícitos de las sustancias estupefacientes y demás drogas peligrosas, así como los actos destinados a la legitimación del dinero proveniente de dichas actividades. Igualmente, combatirá el consumo ilícito de dichas drogas. La ley reglamentará la producción y el uso medicinal de las mismas. Se establecerán programas de educación preventiva***

y de rehabilitación de los adictos, con participación de organizaciones privadas".

Son funciones específicas de la SENAD:

- Cumplir y hacer cumplir las leyes nacionales en materia de estupefacientes.
- Elevar informes periódicos al Presidente de la República sobre las tareas realizadas en cumplimiento de sus funciones.
- Representar al país en eventos nacionales e internacionales y ante organismos especializados en la materia.
- Gestionar la cooperación de personas, entidades u organismos internacionales y nacionales para el mejor logro de sus fines.
- Gestionar la cooperación técnica y financiera de las organismos internacionales de fiscalización de drogas, en cumplimiento de las formalidades legales respectivas.
- Evaluar y hacer un seguimiento del proceso de ejecución de los planes, programas y proyectos de las áreas operativas e instituciones públicas, privadas y mixtas.

En el **campo de la prevención y tratamiento del farmacodependiente**, la SENAD procurará:

- Crear conciencia entre los líderes políticos y de opinión y el público en general sobre el problema del consumo de drogas en el país.
- Reunir y difundir información científica sobre la naturaleza y extensión del problema.
- Apoyar los esfuerzos del Gobierno y de las organizaciones no gubernamentales en reducir la demanda de drogas, especialmente entre los jóvenes.
- Institucionalizar los esfuerzos de prevención en los organismos del Gobierno y del sector privado.

En el **área del tratamiento y la rehabilitación**, el organismo gubernamental tiene como objetivo crear en el sistema nacional de salud unidades especializadas de tratamiento de los toxicómanos y apoyar el establecimiento de centros de rehabilitación y reinserción social de los mismos; capacitar al personal médico y paramédico en la atención y tratamiento adecuado de los farmacodependientes; y, por

último atender a los delincuentes toxicómanos dentro de la justicia penal, especialmente en los centros de menores en situación irregular.

En lo concerniente a **controles de producción y tráfico de drogas**, la SENAD coordinará los esfuerzos en relación a materias de tribunales, enjuiciamiento y penalidades, producción, cultivo y elaboración de sustancias, fuentes y tránsito de tales mercaderías, interceptación y medidas de seguridad en las fronteras, manejo de datos de inteligencia, financiamiento y lavado de dinero, etc.

LA DINAR

La Dirección Nacional de Narcóticos (DINAR), de acuerdo a lo que establece la citada Ley 1.340, tiene los siguientes fines:

a) Planificar y ejecutar la lucha contra el tráfico ilícito y el control del consumo de las sustancias estupefacientes y drogas peligrosas.

b) Formar, capacitar y adiestrar a sus funcionarios para la lucha contra el tráfico ilícito y el control de consumo de las sustancias señaladas y otros delitos afines.

c) Realizar campañas de información y divulgación públicas sobre los peligros de la farmacodependencia y las graves consecuencias individuales y sociales que ella acarrea.

d) Colaborar con el Poder Judicial, con el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y con otras instituciones nacionales en vistas al mejor cumplimiento de los fines de la Ley 1.340.

e) Mantener relaciones e intercambio de información con instituciones similares extranjeras o entes internacionales, con fines de coordinación y cooperación y sobre entrega vigilada de sustancias estupefacientes, drogas peligrosas o productos que las contengan.

"Estudio sobre Salud Mental y Hábitos Tóxicos en el Paraguay"

Transcribimos aquí un resumen de los resultados del ***Estudio sobre Salud Mental Hábitos Tóxicos en el Paraguay*** *(Noviembre 1991), realizado mediante un esfuerzo del* ***PROYECTO MARANDU,*** *en el marco de apoyo al* ***Programa Nacional de Prevención del Abuso de Drogas,*** *del* ***Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.*** *La financiación del estudio provino de* ***Development Associates, Inc.*** *y la* ***Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID) en Paraguay.***

El texto completo de la investigación puede ser leído en el libro ***"Estudio sobre Salud Mental y Hábitos Tóxicos en el Paraguay"****, editado por el Comité Paraguay-Kansas, marzo 1992, Editora Litocolor, Asunción, Paraguay.*

INTRODUCCION

Existe desde hace unos años, dentro de la región sudamericana, la preocupación por conocer la forma en que el abuso de sustancias psicoactivas afecta a la población general. Las autoridades sanitarias y educativas del Paraguay destacaron en diferentes foros, su interés por contar con un estudio epidemiológico de escala nacional acerca del consumo de alcohol y drogas, para sustentar una respuesta adecuada a un fenómeno tan diverso y complejo.

La Dirección Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, en coordinación con el Comité Paraguay-Kansas, promovió la realización de una encuesta de hogares destinada a medir el uso y abuso de sustancias psicoactivas en las diez ciudades más pobladas del Paraguay, en población urbana de doce a cuarenta y cinco años de edad.

El examen de la información existente sobre este tema[5] destacó:

a) Las estadísticas oficiales de enfermedades de notificación obligatoria registran un número muy bajo de consultas por farmacodependencia.

b) No se contaba con datos oficiales sobre el consumo de alcohol y tabaco.

c) No existían datos de estudios probabilísticos de alcance nacional referidos al uso de drogas en la población general, desconociéndose el tipo de abuso y adicción.

La realización de un estudio de prevalencia sobre estos temas se decidió teniendo presente que el consumo de sustancias tóxicas es un comportamiento no sólo sujeto a la censura social sino también que puede implicar la transgresión de leyes o disposiciones, con la consiguiente dificultad para su estudio. Este obstáculo ha tratado de salvarse mediante el carácter anónimo de la encuesta, su realización en forma individual e independiente, la preparación de los encuestadores. Sin embargo se piensa que los datos obtenidos son estadísticas conservadoras del problema estudiado.

METODOLOGIA

El cuestionario fue diseñado para recoger información básica en cuatro áreas, a) síndrome depresivo, b) hábitos de uso y abuso, c) actitudes y conocimientos, d) información demográfica. La medición del síndrome depresivo se llevó a cabo con el Cuestionario de Síntomas (Self Reporting Questionnaire. SRQ) de la O.M.S. [3]. De acuerdo a los resultados del proceso de validación que se realizó con el instrumento, se adoptó el puntaje de ocho y más respuestas afirmativas como umbral de casos de depresión.

Con respecto al consumo de sustancias psicoactivas se incluyeron: el tabaco, las bebidas alcohólicas, los medicamentos (analgésicos, sedantes, hipnóticos, estimulantes), los opiáceos, los alucinógenos, la

marihuana, la cocaína y las sustancias inhalables.

En el caso de las sustancias psicoactivas lícitas fue necesario precisar en los aspectos de frecuencia y cantidad para facilitar la operacionalización de los conceptos de uso y abuso. En el caso de las bebidas alcohólicas se tomó como referencia la ingestión de 100 cc de alcohol absoluto en una oportunidad partiendo del concepto del total de calorías aportado a la dieta diaria por el alcohol [9]. Se aclararon los volúmenes diferentes que significaban de acuerdo al tipo de bebida y se realizó un estudio para determinar las unidades de venta y sus nombres ("rayas", "cuartos") en los lugares de consumición así como las cantidades implicadas. Los indicadores del cuestionario fueron elaborados con base a esta información en el caso de las bebidas y el resto de las sustancias con medidas no estandarizadas.

En el caso de productos farmacéuticos se consideró su uso bajo prescripción médica y fuera de la misma. En cada grupo de psicotrópicos (sedantes, hipnóticos, etc.) se hicieron listas con sus nombres comerciales, las que fueron incorporadas al cuestionario con el auxilio de tarjetas complementarias que el entrevistado podía revisar para ubicar de acuerdo a su experiencia la sustancia utilizada con o sin prescripción.

Para todas las sustancias investigadas se indagó la prevalencia del consumo alguna vez en la vida, en los últimos doce meses, y en los últimos treinta días.

En cada sustancia se exploró el tema de la dependencia y sus consecuencias, en el caso del alcohol por las preguntas del CAGE [10] y, en el resto de las sustancias, por una selección de preguntas elaboradas sobre la base de los criterios diagnósticos del DSM-III-R. [2].

Dentro del capítulo correspondiente a la información demográfica se le dio especial importancia a la clasificación económico-social con vistas al estudio de la distribución de la prevalencia por sector social. La clasificación se realizó a partir de la ubicación ocupacional del jefe de familia y su nivel educativo.

Una vez redactado el cuestionario se procedió a elaborar una versión del mismo en idioma guaraní dado que la población paraguaya tiene una cultura auténticamente bilingüe y combina, en la conversación corriente, palabras y construcciones del guaraní con el español (mezcla conocida como el "yopará"). La traducción al guaraní fue realizada por un experto en educación popular. A efectos de validar

esta versión se realizó una segunda traducción del guaraní al español por otro especialista, para detectar y ajustar los cambios que pudieran haberse introducido en los indicadores como resultado del cambio de lengua. La versión final en guaraní se incorporó, junto con el instructivo correspondiente, para ser utilizada por los encuestadores (bilingües) en aquellos casos donde la comunicación se requiriera o simplemente se facilitara con el uso del guaraní.

Validez y confiabilidad

Antes de iniciar la recolección de datos se probó la validez del cuestionario respecto de la medición del síndrome depresivo, el abuso de alcohol y el abuso de otras sustancias psicoactivas (medicamentos y drogas ilícitas). Para ello se eligió una muestra no aleatoria de cincuenta y dos hombres y mujeres de niveles socioeconómicos diferentes. Algunos, pacientes internados en servicios (públicos y privados) de clínica general, otros de consulta externa y otros pertenecientes a grupos de auto-ayuda o de instituciones de rehabilitación [12]. Fueron entrevistados de manera independiente por un médico psiquiatra o un psicólogo clínico, y luego, por un encuestador adiestrado para este propósito. Para la evaluación clínica y con el propósito de reducir la variabilidad asociada al uso de sistemas clasificatorios diferentes, se incorporó un listado breve de los criterios del DSM-III-R. Los valores de sensibilidad y de especificidad fueron:

Síndrome depresivo: S=89,4%, E=90,9%. Abuso de Alcohol: S=89,4, E=84,8.

Abuso de medicamentos: S=100,0%, E=90,5%. Abuso Sustancias Ilícitas S=89,8%, E=97,6%.

Para estudiar la confiabilidad, se aplicó el cuestionario en una segunda oportunidad y se midió el grado de acuerdo mediante el coeficiente Kappa.

Sus valores fueron: 0,77 para el síndrome depresivo; 0,82 para el abuso de alcohol y 0,75 para el abuso de otras sustancias.

Diseño muestral

Se definió como universo de este estudio a todas las personas con edades entre los 12 y 45 años que habitaban en viviendas particulares en las zonas más urbanas del país. Se seleccionaron las localidades con más de veinte mil habitantes: Asunción Metropolitana (1.044.109

hab.), Ciudad del Este (101.727), Pedro Juan Caballero (52.598), Encarnación (41.303), Concepción (30.531), Caaguazú (30.262), Pte. Franco (27.369), Villarrica (25.577), Cnel. Oviedo (23.574), Hernandarias (20.053). Se tomó como marco muestral el conjunto de planos de las localidades que fueron facilitados por la Dirección General de Estadística y Censos (DGEC)), que habían sido confeccionados a partir de la cartografía utilizada en el Censo de 1982 y actualizados con información de la Administración Nacional de Electricidad. Se estimó la representatividad de los planos disponibles superior a 95%. Como diseño muestral se adoptó un muestreo aleatorio estratificado desproporcional y por conglomerados, con distinto esquema muestral en cada estrato. Estos fueron: Estrato 1, Asunción Metropolitana. Estrato 2, resto de las ciudades. Se estimó un tamaño muestral de 700 entrevistas para Asunción Metropolitana y 200 para cada una de las ciudades restantes. Con esta distribución se logró una sub-representación del Estrato 1 y una sobre-representación del Estrato 2. La razón de esta distribución fue la pequeñez de algunas de las prevalencias esperadas (menores de 1%) que con muestras más chicas de población podrían no detectarse. Para ajustar los efectos de sub y sobre-representación introducido, se aplicaron ponderaciones que expandían a la familia, la vivienda, la manzana y al conglomerado. El Estrato 1 abarcó a 32 conglomerados y el Estrato 2 a 17. En cada conglomerado se eligió una cantidad de manzanas proporcional al número total que contenía; la selección fue aleatoria y sistemática. En cada manzana se seleccionaron al azar dos viviendas, en cada una de ellas se eligió también al azar una familia, y dentro de esta se encuestó a una sola persona, con edad entre los 12 y 45 años, elegida según el método de cumpleaños más próximo a la encuesta. Para calcular los intervalos de confianza se consideró la aproximación a la binomial a través de la normal utilizándose para el calculo de los límites superior e inferior la fórmula

$$P \pm Z_{\infty} \sqrt{\frac{P(100-p)}{N-1}}$$

95% de confianza, $Z_{\infty}=1,96$ //99% de confianza, $Z_{\infty}=2,575$.

Trabajo de campo

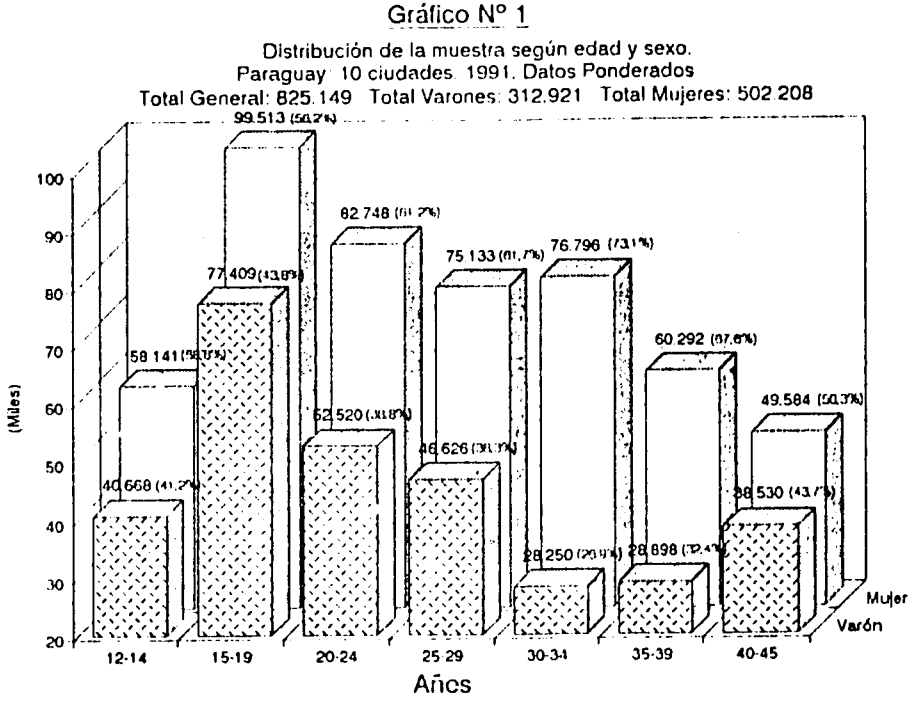
Se inició a principios de abril de 1991 con la capacitación de encuestadores y la aplicación de 93 encuestas en el estudio piloto en Asunción, Cnel. Oviedo y Villarrica. El trabajo de campo definitivo se inició el 6 de mayo en Asunción y culminó once semanas después en

la ciudad de Concepción. Trabajaron 14 encuestadores, 2 supervisores y un jefe de trabajo de campo.

RESULTADOS

El total de entrevistas completas fue de 2.484 con una tasa global de éxito del 92,2%. La proporción de rechazos alcanzó a 1,2%, estos no fueron sustituídos. Los datos que se presentan en Gráfico 1 constituyen un perfil sociodemográfico de la muestra.

Gráfico 1



La estructura por edades de la distribución muestral tiene un perfil bastante aproximado a la resultante de la estimación obtenida para 1988, por interpolación lineal, de los datos del Censo de 1982, entre 1985 y 1990.

Respecto a la presencia de trastornos depresivos en la población urbana, entre los 12 y 45 años, el 21% clasificó como probable "caso", de acuerdo a la definición previamente estipulada de ocho y más respuestas afirmativas a las veinte preguntas del SRQ.

Cuadro 1

CUADRO II-8: Puntajes agrupados del SRQ según sexo. Paraguay: Diez ciudades. 1991. (%). Población de 12 a 45 años.

Puntaje SRQ	Total (a)	Varones	Mujeres
0-7	77,8	90,0	71,7
8-10	13,3	7,4	17,1
11 y +	7,7	2,6	11,2
Base:	(825.149)	(312.921)	(502.208)

(a) En este cuadro, y en algunos sucesivos, pueden presentarse diferencias en el porcentaje total (menores a 100) debido a que está considerado el 1,2% de rechazos como parte de la distribución.

Las diferencias por sexo son marcadamente significativas: la frecuencia relativa del síndrome depresivo es casi tres veces mayor entre las mujeres.

Cuadros 3 y 4

CUADRO II-11: **Prevalencia de abuso de sustancias psicoactivas y trastornos asociados. Total de diez ciudades seleccionadas del Paraguay. 1991. Población de 12 a 45 años. Base: 825.149**

	PREVALENCIA			TRASTORNOS							
Sustancia	en la vida	últimos 12 meses	últimos 30 días	Problema de Salud	Uso continuo	Sensación de dependencia	Dificultad para interrumpir	Aumento de la dosis	Incapacidad de abstenerse	Problemas emocionales	Problemas sociales
Aspirina y similares	70.6	69.4	48.5	2.1	5.7	4.6	2.3	4.7	2.6		
Analgésicos (UFPM)	24.2	21.4	12.3	0.7	2.4	1.5	0.8	1.5	1,0	0,1	
Sedantes (UFPM)	5.7	3.7	2.3	0.1	1.1	0.5	0.4	0,4	0,3	0,2	
Hipnóticos (UFPM)	1,4	0.9	0.1	0.1	0.1					..	
Estimulantes (UFPM)	4,6	2,1	1,9	0,6	1,3	0,2	0,1	0,2	0,1	0,4	
Opiáceos	0.2										
Alucinógenos	0.1							..	..	..	
Marihuana	1.4	0.3		0.4	0,1	0.2	0.2	0,3	0,1	0,5	0,3
Inhalables	1.9	1.1	1,1	0.2	0.2	0.1	0.2	0,1	0,1	0,2	0,1
Cocaína	0.3			0.1						0,1	

	PREVALENCIA				TRASTORNOS			CONSULTA MEDICA
Tabaco	uso	Ocasional	regular en el pasado	regular actual	Inc de abstener	Prob de salud	Percep de abuso	
	32.4	13.2	5.5	13.5	11.0	3.4	13,6	1,6

	PREVALENCIA		TRASTORNOS					CONSULTA MEDICA
Bebidas alcohólicas	uso	abuso	Percep de abuso	Perc abuso por otros	Inc de abstener	Dificult trab/est	Peleas y sanciones	
	79.5	35.6	9.0	10.7	4.1	2.9	2.6	0,6

Los medicamentos analgésicos de consumo más extendido, como las aspirinas y similares, presentaron una prevalencia de 70,6% en la vida (sólo superada por la de las bebidas alcohólicas) y de 48,5% en los últimos 30 días. El resto de los analgésicos consumidos fuera de prescripción médica, varió entre el 24,2% de prevalencia en la vida, al 12,3% en el último mes. Se observan diversos trastornos asociados al uso de estas sustancias, como el aumento de la dosis para obtener el mismo efecto o dificultades para suspender el consumo. El grupo de analgésicos incluyó las tasas más elevadas y la expresión más intensa de los trastornos asociados a la dependencia de estos.

Entre los medicamentos, el grupo más comunmente identificado por sus propiedades psicoactivas son los sedantes, los hipnóticos y los estimulantes. Los sedantes y estimulantes usados sin indicación médica tuvieron la mayor prevalencia siendo las referencias a trastornos más frecuentes en los primeros.

En el grupo de sustancias ilícitas la prevalencia más alta fue alcanzada por las sustancias inhalables, con un 1,9% de personas que manifestaron haber inhalado alguna vez con el propósito de experimentar sus efectos. Las prevalencias en el último mes y en el último año tuvieron escasa representación para las sustancias ilícitas con excepción de los inhalables. La marihuana con el 1,4% de prevalencia tiene una de las mayores frecuencias de trastornos vinculados a la dependencia.

El uso, alguna vez en la vida, de cocaína llega al 0,3%; luego sigue el de opiáceos con el 0,2% y los alucinógenos con el 0,1%.

El uso de bebidas alcohólicas llega casi al 80%; el abuso (mas de 100 cc alcohol absoluto en una oportunidad) afecta al 35,6% de la población de 12 a 45 años. Junto al hábito de fumar, que abarca al 32,4% de prevalencia de consumo en la vida, el abuso de bebidas alcohólicas tiene importantes trastornos asociados a la dependencia, que puede estimarse en un porcentaje próximo al 4%. Es notable la relación entre la propia percepción del abuso y el contraste con la escasa consulta médica: la consulta por abuso de alcohol llega al 0,6% y, por abuso de tabaco, al 1,6%.

El cuadro 5 expresa para diferentes lapsos el abuso en alguna de las sustancias que componen el grupo de medicamentos con UFPM (sedantes y/o hipnóticos y/o estimulantes) de drogas (marihuana y/o cocaína y/o alucinógenos y/o inhalables), bebidas alcohólicas.

Cuadro 5

Prevalencia de abuso de sustancias psicoactivas en la población urbana con edades entre los 12 a 45 años. (Datos ponderados) Paraguay, 1991

Abuso	Medicamentos psicotrópicos. UFPM. Número	%	Drogas ilícitas Número	%	Abuso de bebidas alcohólicas Número	%
Alguna vez em la vida	85.413	10,3	30.685	3,7	293.560	35,6
Ultimos doce meses.	51.578	6,2	16.117	1,9	261.038	31,6
Ultimos treinta días	34.246	4,1	11.692	1,4	212.773	25,8
(Base)	(825.149)		(825.149)		(825.149)	

En términos poblacionales y ajustados al menor lapso, puede estimarse que en el mes de abril de 1991, aproximadamente treinta y cuatro mil personas de 12 a 45 años tomaron algún medicamento psicotrópico sin indicación médica y cerca de doce mil individuos habían consumido alguna droga ilícita en alguna de las áreas urbanas estudiadas.

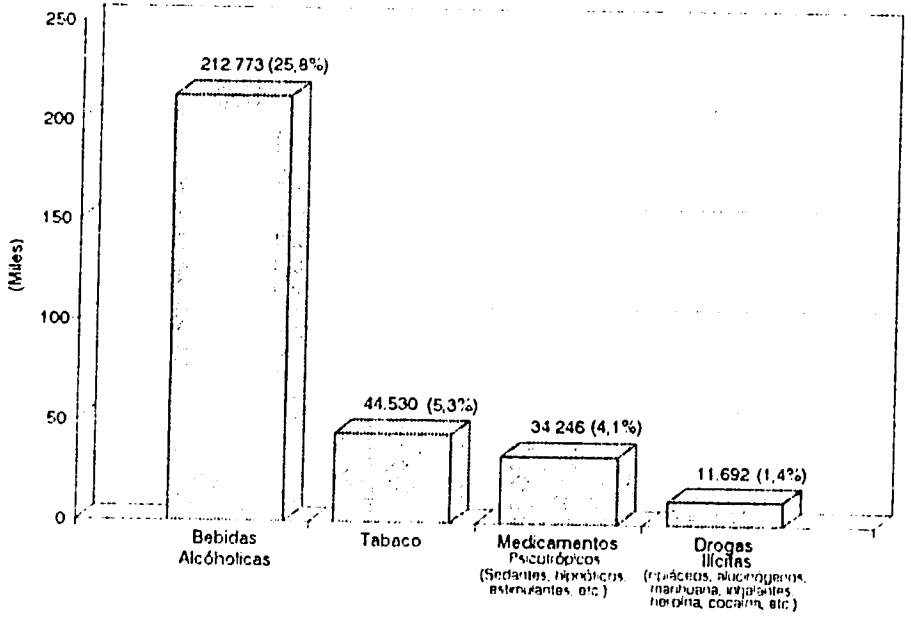
Para el mismo grupo de población, en esos últimos treinta días, casi tres de cada diez persona abusaron del alcohol (cerveza y/o vino y/o destilados). Ver Gráfico 8.

Las conductas de abuso de alcohol están significativamente más presentes en los varones. Su frecuencia de abuso de alcohol a partir de los 18 años de edad se incrementa casi cuatro veces, el de medicamentos psicotrópicos se duplica después de los 17 años para descender a partir de los 30 años junto con el consumo de drogas ilícitas.

Entre las mujeres el consumo de medicamentos psicotrópicos UFPM se cuadriplica después de los 17 años. El abuso de alcohol aumenta casi tres veces después de los 17 años. En las mujeres el

Gráfico Nº 8

Prevalencia de abuso en los últimos 30 días para cuatro grupos de sustancias
Paraguay: 10 ciudades. 1991. Datos Ponderados. Población de 12 a 45 años.
Base: 825.149



consumo de drogas ilícitas disminuyó conforme aumentaba la edad de la entrevistada.

Cuadro 6

Prevalencia de abuso de sustancias psicoactivas en los últimos doce meses en la población de 12 a 45 años, según sexo y grupos de edad.
(Datos Ponderados) Paraguay 1991

Grupos de sustancias.	Varones			Mujeres		
	12-17	18-29	30-45	12-17	18-29	30-45
Bebidas alcohólicas	16.9	66.3	69.0	8.3	22.4	21.8
Medicamentos psicotrópicos. UFPM.	3.7	8.8	5.7	2.6	9.9	8.0
Drogas ilícitas.	2.5	2.7	1.2	2.7	1.4	1.8
(base)	(89.942)	(127.301)	(95.677)	(113.545)	(201.990)	(186.673)

Respecto a la distribución de la prevalencia de abuso de sustancias psicoactivas, según el nivel económico-social, entre los varones no se notaron diferencias significativas en cuanto al abuso de alcohol entre los diferentes estratos. El uso no médico de psicotrópicos y de drogas ilícitas tiene una ligera disminución en el sector medio. Entre las mujeres se observan diferencias por sector social significativas con un aumento notorio del abuso de bebidas alcohólicas en los sectores medios y de medicamentos psicotrópicos UFPM y drogas ilícitas en los bajos.

Ver Cuadros 7 y 8
en la siguiente página.

Cuadro 7

Prevalencia de abuso de sustancias psicoactivas en los últimos doce meses en la población urbana de 12 a 45 años según sexo y nivel económico-social.

(Datos ponderados) Paraguay.1991

Grupos de sustancias	Varones nivel económico-social			Mujeres nivel económico-social		
	Alto	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo
Bebidas alcohólicas	52,0	49,1	56,0	17,8	26,1	15,1
Medicamentos psicotrópicos	6,7	4,4	5,8	6,3	5,8	7,6
Drogas ilícitas	2,7	1,2	2,6	0,6	1,5	2,7
(base)	(73.240)	(96.945)	(142.736)	(113.563)	(148.914)	(239.731)

Cuadro 8

Prevalencia de abuso de sustancias psicoactivas en los últimos doce meses en la población urbana de 12 a 45 años según sexo y síndrome depresivo.

(Datos ponderados) Paraguay.1991

Grupos de sustancias	Varones síndrome depresivo			Mujeres síndrome depresivo		
	SI	NO	Total	SI	NO	Total
Bebidas alcohólicas	63,0	51,8	52,9	20,6	18,3	18,9
Medicamentos psicotrópicos	15,9	4,4	5,5	7,9	6,3	6,8
Drogas ilícitas	6,3	1,7	2,2	4,7	0,7	1,8
(base)	(31.383)	(281.538)	(312.921)	(142.047)	(360.161)	(502.208)

Los varones con síndrome depresivo abusan casi cuatro veces más de los medicamentos psicotrópicos que los varones sin depresión. A su vez lo hacen dos veces más que las mujeres en su misma situación.

Es también significativa la diferencia en el uso de drogas ilícitas; cuando hay un síndrome depresivo la frecuencia de abuso de estas sustancias se incrementa.

La prevalencia de consumo de tabaco en forma regular fue claramente superior entre los varones.

Cuadro 9

Prevalencia de consumo regular de tabaco en la población urbana con edades entre los 12 y 45 años según sexo y grupo de edad.
Datos ponderados. Paraguay 1991.

Edad	Total	Varones	Mujeres
12-17 años	0,3	0,4	0,3
18-29 años	5,9	11,1	2,7
30-45 años	7,3	13,1	3,8
(base)	(825.149)	(312.921)	(502.208)

El consumo diario de cigarrillos, cercano a los veinte o más, durante los últimos treinta días anteriores a la entrevista, abarca a una proporción de población, de doce a cuarenta y cinco años, próxima a las cuarenta y cinco mil personas, predominantemente varones con más de dieciocho años.

Cuadro 10

Prevalencia de fumadores de veinte y más cigarrillos por día en el último mes, en la población urbana con edades entre los 12 y 45 años según sexo y grupos de edad.
Datos ponderados. Paraguay 1991.

Edad	Total	Varones	Mujeres
12-17 años	...	0,1	...
18-29 años	2,2	4,7	0,7
30-45 años	3,1	6,1	1,3
(base)	(825.149)	(312.921)	(502.208)

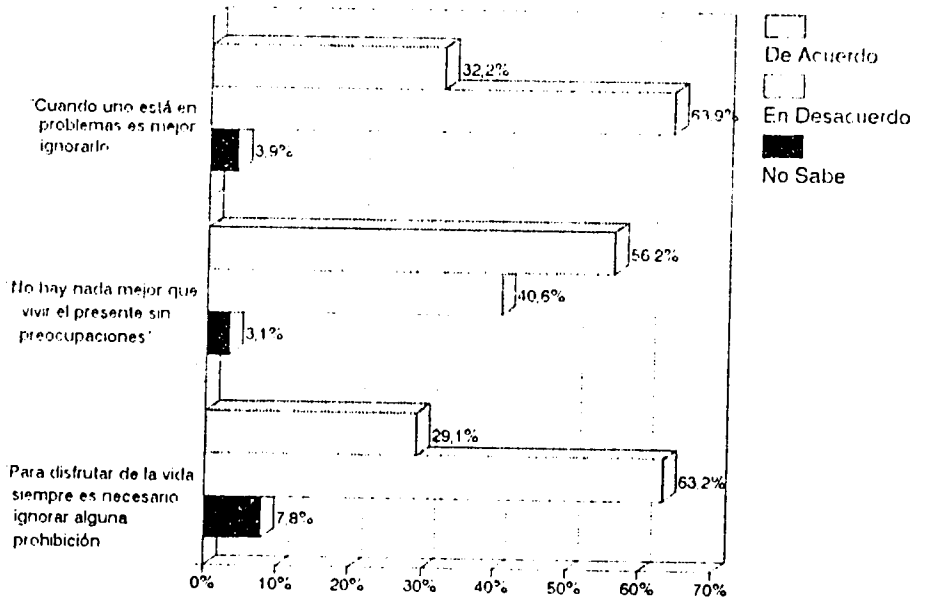
Entre los varones el consumo de tabaco en forma regular es dos veces más frecuente en el estrato bajo y, entre los que durante el último mes fumaban cerca de veinte cigarrillos por día, la frecuencia del síndrome depresivo fue dos veces mayor. Entre las mujeres no se observó este último rasgo.

La encuesta consideró, junto con la medición del comportamiento de consumo, una evaluación de creencias y actitudes vinculadas al uso de sustancias psicoactivas entre los jóvenes de 12 a 24 años. Con este fin, se le presentaron a este grupo diferentes sentencias de contenido valorativo sobre las cuales debían manifestar su acuerdo o desacuerdo. Vamos a referirnos a los enunciados que puedan agruparse en las siguientes categorías: a) las formas de resolver problemas, y b) el uso de sustancias psicoactivas.

Gráfico 40

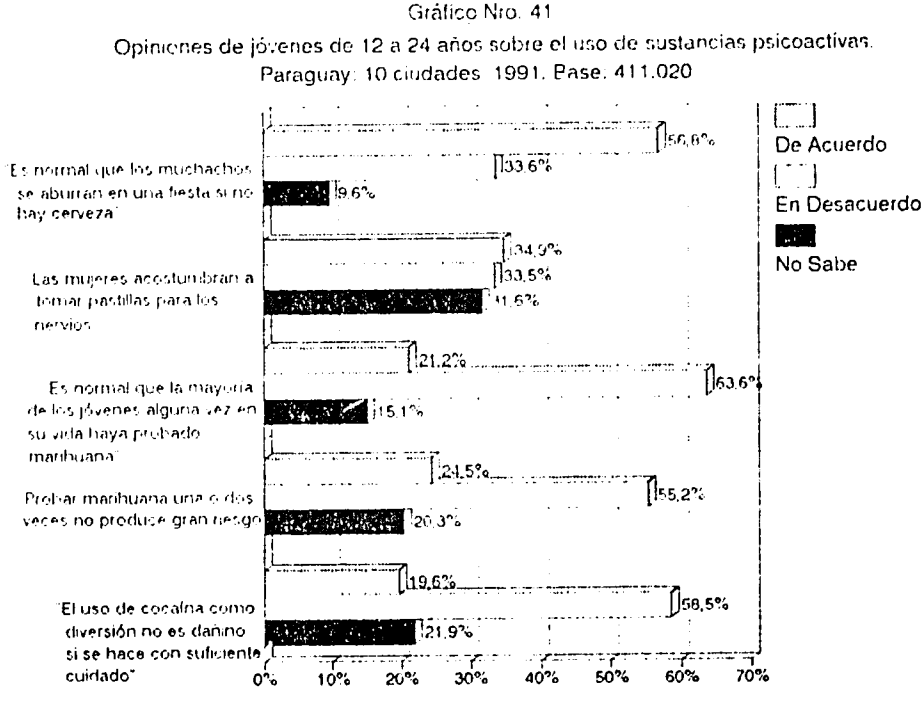
Gráfico Nro. 40

Opiniones de jóvenes de 12 a 24 años ante sentencias sobre resolución de problemas. Paraguay: 10 ciudades. 1991. Base: 411.020



Aproximadamen · un tercio de los jóvenes está de acuerdo con enunciados que se orientan hacia la negación o escape de los problemas. La ignorancia del problema y la transgresión, como condición del disfrutar, está más acentuado en el varón. Más de la mitad de los jóvenes de ambos sexos adhiere a una idea que da primacía al presente libre de preocupaciones sobre cualquier otra cosa. En este caso son las mujeres las que alcanzan el porcentual de respuestas de acuerdo más alto, el 58,6%.

Gráfico 41



Más de la mitad está de acuerdo en aceptar el aburrimiento como hecho esperable si no hay cerveza en una fiesta de jóvenes. Sólo un tercio rechaza la idea.

Otro tercio acepta como costumbre que la mujer "tome pastillas para los nervios"; el resto se distribuye en partes semejantes entre el desacuerdo y el desconocer el tema. Un 20% está de acuerdo en aceptar como hecho cuando menos común, que los jóvenes hayan probado marihuana alguna vez. El 15% no tiene opinión sobre el tema. Si se consideran las respuestas globales a las dos preguntas finales sobre riesgos relacionados con el consumo de marihuana y de cocaína, se halla que más de 40% no tiene una idea formada sobre los riesgos, no los conoce, o bien subestima estos riesgos. Varones y mujeres comparten estos porcentajes. Ver Gráficos 42, 43 y 44.

DISCUSIÓN

A fines de setiembre de 1988, la resolución XV del plenario de la OMS/OPS incluyó un conciso y expresivo cuadro de situación en materia de salud para la región de América Latina y el Caribe[13]. Se refiere allí a los cambios que presentó el perfil de morbi-mortalidad del mundo conforme avanzó el desarrollo socio-económico durante este siglo; desde los primeros estadios, con el predominio de las enfermedades infecciosas, a los últimos vinculados con los problemas de salud derivados del desarrollo rápido sin protección del medio físico y humano. Se concluye en el informe que estos perfiles, considerados como estadios sucesivos en algunas regiones, significan sin embargo en nuestros países el desafío de convivir con ellos simultaneamente. Hoy, cuando la región afronta la llegada del cólera junto a los problemas del uso del "bazuco" o de las sustancias inhalables, esas conclusiones mantienen su vigencia.

En relación con el abuso de drogas, a los problemas endémicos del alcohol y el tabaco se agrega ahora el avance epidémico de diferentes sustancias psicoactivas[11]. Consecuencia esperable del cambio histórico que introdujo la producción en una escala masiva y su distribución internacional en forma legal e ilegal.

Estos problemas se alojan en los pliegues del desborde demográ-

Gráfico Nro. 42

Jóvenes de 12 a 24 años que manifiestan acuerdo o desconocimiento acerca del uso de sustancias psicoactivas según nivel socio-económico. Paraguay: 10 ciudades. 1991

Base: 411.020

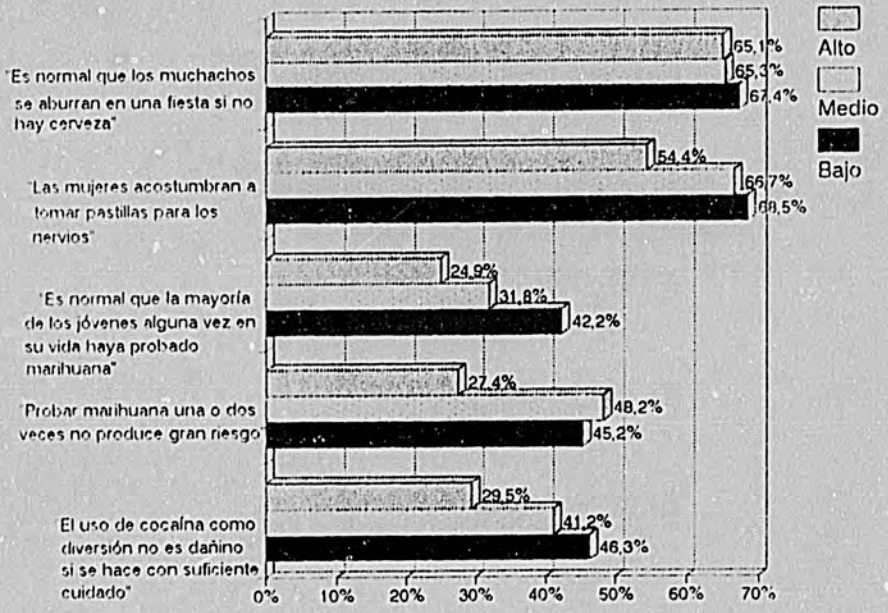


Gráfico Nro. 43

Jóvenes que manifiestan acuerdo o desconocimiento acerca del uso de sustancias psicoactivas según estrato. Paraguay. 10 ciudades. 1991. Base: 411.020

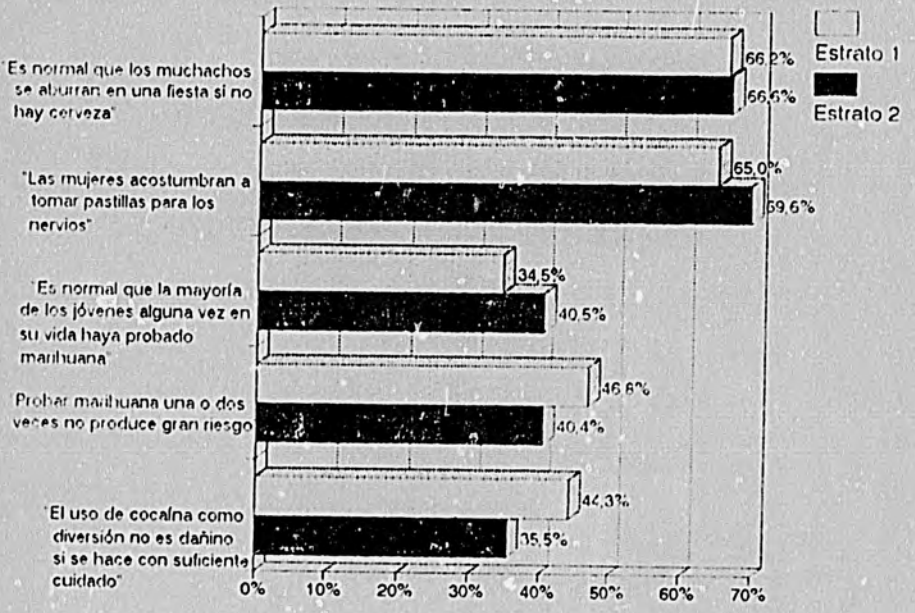
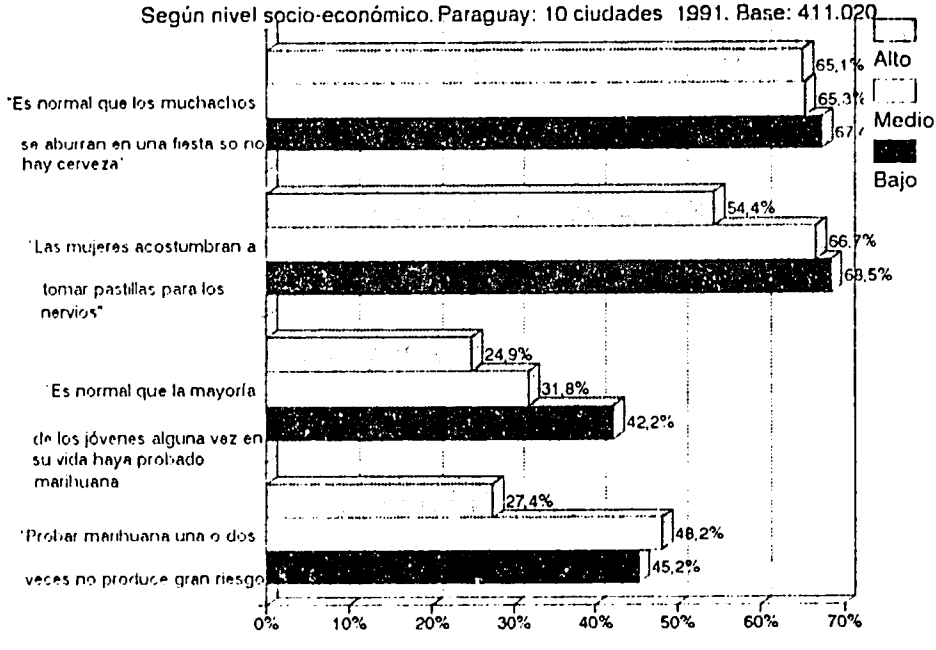


Gráfico Nro. 44

Opiniones de jóvenes de 12 a 24 años sobre el uso de sustancias psicoactivas.
Según nivel socio-económico. Paraguay: 10 ciudades 1991. Base: 411.020



fico de las ciudades prosperan en un contexto donde la desorganización afecta la identidad familiar y comunitaria [4]. En tanto, una generación numerosa de jóvenes participa dentro de esta urbanización acelerada y compulsiva, con la limitación que significa el alejamiento o la pérdida de sus sistemas primarios de apoyo psicológico: la familia y la comunidad. La capacidad del individuo para enfrentar la aflicción y la enfermedad se ve así disminuída [6]. Los trastornos como la violencia, el abuso de alcohol y las drogas, entre otras manifestaciones de este "último estadio", encuentran así vías de entrada más permeables.

El estudio presente investigó el patrón de consumo de una muestra representativa de la población paraguaya entre los 12 a 45 años, residentes en las diez ciudades más pobladas del país. El estudio mostró una amplia variedad de sustancias y de patrones de uso. Cabe señalar algunas características distintivas asociadas en algunos caso a márgenes amplios de tolerancia al abuso, específicamente en las sustancias legales, alcohol, tabaco y medicamentos psicotrópicos.

En una ciudad como Asunción, el 62% de los jóvenes entre los 12 y los 17 años ha consumido bebidas alcohólicas, el 16,3% abusó alguna vez (mayoritariamente con cerveza), el 7,4% lo hace desde al menos un año de manera regular. ¿Qué reacción originó este patrón? Sólo el 1% de estos jóvenes alguna vez pensó que bebía demasiado, el 3% recibió una advertencia de alguien cercano, ninguno consultó a un médico u otro profesional por su abuso. Los resultados globales indican que este perfil no es exclusivo de un grupo de jóvenes o de una ciudad. el 31,6% de la población de 12 a 45 años de edad abusó de la bebida en el último año, el 25,8% en los últimos 30 días. Sin embargo apenas el 0.6% consultó alguna vez por su forma de beber a un médico u otro profesional.

El hábito de fumar comprende un sector muy pequeño por debajo de los 18 años de edad. En edades mayores el consumo de veinte o más cigarillos alcanza al 5% de los entrevistados, en los últimos 30 días. La percepción del abuso es mayor que en las bebidas y, a su vez también aumenta la consulta médica al 1,6%. El 10,3% de los entrevistados alguna vez usó sedantes, hipnóticos o estimulantes sin indicación médica, de estos el 1,4% tienen entre 12 y 17 años. Obsérvese que en las proyecciones hasta los porcentajes pequeños

pueden representar un número grande de personas en términos absolutos. En el último caso podría hablarse de un número aproximado a los 12.000 jóvenes con uso de psicofármacos sin indicación médica alguna vez en la vida.

Estos patrones de consumo de sustancias legales se encuentran en general bajo la cobertura de la tolerancia social. Los bajos niveles de percepción del abuso por parte del individuo y de otros acerca de él, la escasa repercusión en trastornos emocionales o sociales que se identifiquen asociados a su exceso, parecen apoyar esta observación, indicando una escasa disonancia cognoscitiva entre el comportamiento y lo aceptado socialmente. El grupo de preguntas que indagó sobre la tolerancia hacia las drogas legales e ilegales obtuvo porcentajes de rechazo franco al consumo en un 30% y un 60% respectivamente, en los jóvenes de 12 a 25 años.

Las tasas de inhalación deliberada de disolventes concuerdan en proporción con los datos de la encuesta en colegios de 1982 [5]. Si bien los datos se refieren a una población diferente a la de este estudio (residentes en hogares), lo cierto es que los inhalables se mantienen como uno de los problemas más importantes de abuso. Comparado con datos provenientes de los estudios más actuales de la región, que siguieron metodologías similares en poblaciones de 12 a 65 años, la prevalencia global en inhalables de 1,9% en Paraguay, se aproxima a la de Ecuador con 1,6% y a la del Distrito Federal de México con 1,0% [1][7].

La marihuana con una prevalencia global de 1,4% se incrementa notablemente cuando se trata de ciudades cercanas a zonas de cultivo clandestino donde llega al 1,8.

La tasa global es bastante más baja que en ciudad de México con el 3,5%, en Ecuador con el 4,3%, o en Costa Rica con el 3,7% [8].

El consumo de clorhidrato de cocaína se presentó con una prevalencia total de 0,3%. Este dato relativamente pequeño es similar al de Ciudad de México de 0,4%, al de Costa Rica de 0,5% y es menor que el de Ecuador de 1,0%. En ciudades del Paraguay cercanas a puntos fronterizos de gran actividad comercial la prevalencia de vida pasa al 0,8.

Los patrones de abuso de sustancias se corresponden con una orientación del comportamiento sustentado en la evasión o la negación del conflicto. Esta se manifiesta en un tercio de los jóvenes que

acuerdan, por ejemplo, con que "cuando uno está en problemas lo mejor es ignorarlo" y en otras preguntas similares que aborda la encuesta.

En el marco de una prevalencia de más del 20% de personas con malestar de tipo depresivo y con datos que indican a un 3% con referencias sobre ideas de suicidio, las definiciones de las personas acerca de cómo salir sus conflictos pasan a tener un importante sentido epidemiológico en el campo de la salud mental y en el tema del uso de sustancia psicoactivas. El acuerdo con respuestas que implican una forma de tratamiento de las dificultades basada en su negación está indicando, al margen de su conducta real de consumo, la elección del escape frente a la alternativa de transformar o transformarse en la confrontación con la realidad. Esta orientación es parte del riesgo que pesa sobre un grupo que todavía no consume pero que ya participa de un "modelo seco" de la adicción, tan problemático e invalidante quizás como el mismo consumo.

En opinión de la población, los problemas vinculados con la salud mental tienen una prioridad varias veces menor frente a otros como el cólera o el SIDA. No han habido todavía casos de cólera en el Paraguay y el SIDA afecta hasta el presente a 131 personas (31 enfermos y 94 portadores). Sin dejar de ver la potencialidad de estos trastornos pero en atención a las tasas de problemas depresivos o de abuso de sustancia psicoactivas, esta opinión indica la importancia de afirmar y profundizar los cambios iniciados en el Paraguay. Cambios hacia la recuperación de una visión no censurada del hombre y sus problemas, hacia la participación, modesta pero insustituible, de la salud mental en la construcción del bienestar común.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. *Aguilar E., Narváez, A., Samaniego N. La farmacodependencia en el Ecuador. Ministerio de Salud Pública. UNFDAC, 1990.*
2. *Asociación de Psiquiatría Americana. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-III-R. Masson, Barcelona, 1988.*
3. *Ciment, C., Harding, T., Ibrahim, H., Wig, N. y Ladrido-Ignacio, L. The Self Reporting Questionnaire (SRQ), en*

Manual para Trabajadores en Atención Primaria. Organización Panamericana de la Salud, EUA, 1983.

4. *Fidel de la Garza G., Mendiola I., Rábago S. Adolescencia marginal e inhalantes. Ed. Trillas, México, 1979.*
5. *Fogel G. Estudio del consumo de sustancias psicoactivas. Perfil Nacional del Paraguay. Organización Panamericana de la Salud. Doc. Mimeo. Asunción, Julio de 1989.*
6. *Holtzman W., Evans R., Kennedy S., Iscoe I. Psicología de la Salud. Contribuciones de la psicología al mejoramiento de la salud y de la atención de salud. Bol. Of. Sanit. Panam. 105 (3), 1988.*
7. *Instituto Mexicano de Psiquiatría. Encuesta Nacional de Adicciones. Sistema Nacional de Encuestas de Salud. México, 1990.*
8. *Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. Estudio Nacional sobre Consumo de Alcohol y Drogas ilícitas. Costa Rica, 1991.*
9. *Marconi J. Delimitación del alcoholismo y los problemas del alcohol para estudios epidemiológicos en América Latina, en Epidemiología del Alcoholismo. ACTA, Buenos Aires, 1967.*
10. *Mayfield D.G., Mc Lead G., Hall P. The CAGE questionnaire: validation of a new alcolism screenig instrument. Am Journal of Psychiatry, 131:1121-1123, 1974.*
11. *Medina-Mora M.E. et al. Situación Epidemiológica del Abuso de Drogas en México. Bol. of. Sanit Panam. 107, Dic. 1989.*
12. *Míguez H. Pecci M.C. Detección de casos en Atención Primaria de la Salud Mental. Comité Paraguay-Kansas, Asunción, Paraguay, 1991.*
13. *Organización Panamericana de la Salud. Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud en la transformación de Sistemas Nacionales de Salud. Washington DC., EUA, 1989.*

Objetivos fundamentales e institucionalización del Proyecto

Con el Dr. Carlos Gauto Vielman, Director Adjunto del Proyecto Marandú, hablamos sobre cómo se organiza el Proyecto para llevar a cabo sus objetivos fundamentales.

- El proyecto, básicamente, funciona a través de un equipo técnico que se encarga de la orientación y organización de las actividades. Está formado por un director ejecutivo, un director adjunto, los coordinadores de áreas, un administrador y un contador, un auxiliar contable y un mensajero. El centro de documentación está dirigido por un profesional en bibliotecología.

- ¿Cuáles son algunas de las tareas que desempeñan estas personas: director ejecutivo, adjunto, el administrador, el coordinador de estrategia, etc.?

- Director Ejecutivo: Dr. Agustin Carrizosa.
- Representa al proyecto.
- Firma los documentos oficiales.
- Dirige los trabajos en general.
- Desarrolla la tarea de dirección y de relación del proyecto con las distintas instituciones nacionales e internacionales.

Director Adjunto: Dr. Carlos Gauto Vielman
- Coordina las actividades del proyecto durante el año.
- Orienta a las personas o instituciones encargadas de las actividades.

- Sirve de enlace entre el Director y los miembros del equipo técnico y las personas e instituciones encargadas de actividades.
- Recoge y archiva informaciones sobre todas las actividades del proyecto.
- Preparar el informe mensual sobre la marcha del proyecto.

Coordinador de Comunicación y Acción Comunitaria: Dr. Manuel Fresco (h.)
- Coordina específicamente las actividades de las estrategias de comunicación y acción comunitaria.
- Asiste a las instituciones o personas encargadas de actividades de la estrategia de comunicación.
- Asesora al equipo técnico en materia de comunicación y acción comunitaria.

Coordinadora de Educación y Capacitación: Lic. María de la Paz Peña
- Revisa el currículum escolar del Paraguay.
- Informa sobre los temas de prevención de drogadicción y alcoholismo incluídos en el currículum.
- Hace propuestas sobre modificaciones e inclusión de temas y metodología de prevención.
- Apoya la realización de talleres de capacitación para docentes.
- Asesora al equipo técnico en materia de Educación.

Coordinador de Publicaciones: Lic. Manuel Cerna
- Coordina la elaboración y distribución de los boletines del Proyecto.
- Apoya los talleres sobre estrategia de comunicación.
- Apoya el funcionamiento del centro de documentación.

El proyecto se instaló en el local del Comité Paraguay-Kansas porque esta organización es la que administra los fondos proveídos por la Agencia para el Desarrollo Internacional (A.I.D.) de los Estados Unidos. La A.I.D. contrató asimismo los servicios de Development Associates, Inc., de Washington para que brinde apoyo técnico y administrativo al proyecto.

Inicialmente nos constituimos como "Proyecto de Apoyo al Plan

Nacional de Prevención de Abuso de Drogas del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social", ya que había nacido por iniciativa de ese Ministerio. Posteriormente para darle una imagen más definida, se adoptó el nombre de "Proyecto Marandú", (Marandú en guaraní significa informar, recordar, concientizar).

Luego de la instalación de la oficina, que significó equipamiento, descripción de funciones, implementación de mecanismos administrativos y de auditoría, etc., se inició el contacto con las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que se encargarían de llevar adelante las actividades.

¿Podría darnos un panorama global de las actividades realizadas por el Proyecto Marandú desde su fundación?

El trabajo se inició con el desarrollo del primer objetivo específico del proyecto la **institucionalización.** La misma tenía dos aspectos: uno en relación al proyecto, normas y reglamentos, funciones, canales de comunicación y el otro un efectivo apoyo a entidades públicas y privadas que trabajan en prevención de adicciones y la coordinación entre las mismas.

Esto se facilitó bastante con la conformación de la Secretaría Nacional Antidrogas, SENAD, por parte del Poder Ejecutivo. El Proyecto Marandú, pasó a funcionar como un puente entre la SENAD y las organizaciones no gubernamentales. Con las mismas se trabajó para coordinar ideas y acciones, lo cual se concretó con la fundación, en agosto de 1992, de la Coordinadora de Entidades No Gubernamentales de Prevención de la Drogadicción. Para el funcionamiento de esta coordinadora, "Marandú" presta su infraestructura.

Paralelamente, se cooperó con el Ministerio de Salud para la adopción de un Plan Nacional de Prevención que se encuentra en elaboración.

Otro de los objetivos del proyecto, conocer exactamente la situación de la drogadicción en el país, se cumplió mediante la **Investigación Epidemiológica** llevada a cabo por expertos. Se llamó a concurso para el estudio y fueron seleccionados los investigadores Hugo Miguez y Cristina Pecci. Diez meses se necesitaron para

producir los resultados que mostraron datos muy interesantes.

Para desarrollar el objetivo de **concientización comunitaria** se establecieron tres estrategias: a) Comunicación, b) Estrategia escolar y c) Extensión comunitaria.

La **estrategia de comunicación** está basada en la utilización de los medios masivos de comunicación. Se hizo un convenio con Pre-ver, una ONG con amplia experiencia en el campo, para la publicación de artículos en la prensa y la emisión de programas radiales.

Se produjeron videos y spots sobre el tema del abuso de drogas, los cuales fueron distribuidos entre varias instituciones para sus actividades. Se produjeron también siete boletines de divulgación y cuatro folletos dirigidos a padres, jóvenes, maestros y uno de información general sobre drogas. Dentro de la estrategia de comunicación se realizaron dos seminarios para periodistas.

La **estrategia escolar** desarrolla programas dentro del sector de la educación formal. En convenio con el Ministerio de Educación y Culto se hizo una revisión del curriculum para conocer de qué forma se enfocaba el tema drogas. Luego se inició la preparación de guías didácticas para maestros y cartillas de ejercicios para alumnos que después de validadas serán imprimidas masivamente. Al mismo tiempo, mediante un convenio con el Grupo de Estudio sobre Alcoholismo y otras adicciones, G.E.S.A., se ejecutó un programa de concientización y capacitación de padres que llegó a participantes. Autoridades de colegios privados y públicos también recibieron capacitación en una tarea conjunta entre "Marandú" y la Fundación Providencia.

Dentro de la estrategia de **Extensión Comunitaria** los programas ejecutados fueron: a) capacitación y apoyo a las tareas de prevención de los educadores de la salud del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social que se desarrolla en todo el país. b) dos seminarios para líderes comunitarios, en Ciudad del Este y Encarnación en cooperación con Jóvenes Paraguayos Contra las Drogas, JOPACAD. c) cursos de formación para agentes de prevención, (miembros de instituciones públicas y de ONG'S) que organizó la Cruz Roja Paraguaya con el apoyo de nuestro proyecto.

-¿Cuál es la filosofía del trabajo en el campo de la extensión comunitaria?

Se orienta a la capacitación de agentes de prevención y líderes comunitarios para que actúen como agentes multiplicadores y llegar así al mayor número posible de personas, se espera también que así se formen cada vez más instituciones de prevención y se organicen actividades de diversa índole.

Entendemos por agentes de prevención a personas con alguna experiencia en el campo de promoción de la salud: educadores sanitarios, integrantes de organizaciones no gubernamentales, educadores, profesionales de la salud, etc., **concluye el Dr. Carlos Gauto.**

***

Programa de prevención sobre el uso indebido de drogas en los programas escolares

Con la Lic. María de la Paz Peña, coordinadora del área de estrategia escolar, abordamos el tema del programas educativos que lleva adelante el Proyecto Marandú.

He aquí sus palabras en torno a los objetivos de dicho programa:

CONSIDERACIONES GENERALES

La educación como proceso social se da dentro de un contexto histórico social determinado. Por lo tanto, en su afán de promover el desarrollo integral de la persona tiene que enfrentar una serie de problemas existentes en la sociedad que limitan el logro de sus objetivos. En las sociedades contemporáneas, uno de esos problemas es el uso indebido de substancias psicoactivas que afectan significativamente la salud física, psicológica y social de nuestras sociedades.

Por tanto, nuestro propósito es promover a nivel de escuelas el desarrollo de actividades que, dentro de las perspectivas de la educación formal, pueda contribuir a la formación de personalidades con conocimientos, habitos, actitudes y valores que permitan al adolescente superar con éxito los factores de riesgo que puedan conducirlo al uso indebido de substancias psicoactivas.

LA PROBLEMATICA DEL USO INDEBIDO DE SUBSTANCIAS PSICOACTIVAS Y LA PREVENCION

El uso de substancias psicoactivas es un problema presente en nuestra sociedad, cuyos efectos negativos comprometen la salud y el desarrollo de un porcentaje significativo de nuestros niños, adolescentes y adultos. Es un problema que no hace distinciones de clases o estratos sociales. La gravedad del problema no radica en el número actual de consumidores indebidos, sino en la tendencia al incremento por un lado y la disminución de la edad de iniciación por otro.

Un enfoque educacional global y multidiciplinario nos permite señalar que se trata de un problema social, complejo y multideterminado. Su aparición o propagación no depende de una sola causa, sino de varias. Dentro de este contexto es válido separar los tres componentes centrales: las drogas, la persona y el ambiente:

LAS DROGAS: Estas incluyen desde las socialmente aceptadas como el alcohol y el tabaco, incluyendo los medicamentos hasta las ilegales como la marihuana, la cocaína y otras que al ser ingeridas pueden modificar una o mas funciones del organismo.

LAS PERSONAS: Los niños, jovenes y adultos que, por diversas razones o circunstancias hacen uso indebido de substancias psicoactivas desde niveles de iniciación hasta grados de dependencia crónica.

EL AMBIENTE: Lo constituye el entorno físico y socio-cultural, cuyas características pueden propiciar el uso indebido de drogas.

LA EDUCACION Y LA PREVENCION DEL USO INDEBIDO DE SUBSTANCIAS PSICOACTIVAS

En principio, nada de lo humano es ajeno a la educación. Siendo el uso indebido de drogas un problema humano, la educación como proceso social orientado al pleno desarrollo de la personalidad, tiene que enfrentar aquellos factores que impiden el logro de sus objetivos.

Por sus funciones específicas y su capacidad operativa la institu-

ción escolar no podrá actuar con igual eficacia sobre todos los factores; pero tendrá mayor responsabilidad sobre el componente persona. De ahí que sea necesario destacar aquellos **factores de riesgo** que puedan darse en los educandos. Entre ellos podemos mencionar los más resaltantes:

Desinformación acerca de los efectos nocivos de las substancias psicoactivas.

Hábitos, actitudes y valores negativos relacionados con la preservación de la salud.

Creencias y costumbres que predisponen al consumo de drogas, por ejemplo utilizar substancias psicoactivas para sentirse mejor, para modificar sus estados de ánimo, etc.

Los desajustes que puedan generar los cambios en la adolescencia en la búsqueda de la identidad personal.

La falta de alternativas saludables frente a las angustias, los problemas, las frustraciones.

La falta de comprensión y afecto de padres, maestros y otros adultos.

El desafiante desarrollo de los sentimientos de auto-estima y de confianza en uno mismo.

La limitada capacidad para adoptar opciones personales frente a la presión del grupo. Además de estos y otros factores de riesgo se debería considerar aquellos factores hereditarios o biogenéticos que pudieran estar presentes como condicionantes innatos en algunos sujetos.

ANALISIS DE PROGRAMAS CURRICULARES

Es nuestro interés establecer un plan multidisplinario a nivel nacional de tal forma a concientizar a la juventud sobre las ventajas de una vida libre de drogas y los peligros del uso indebido de las mismas.

Como parte de esa estrategia nacional se realizó un análisis de los programas curriculares del 4to., 5to. y 6to. grados del nivel primario. De este análisis surgió un nuevo programa curricular de prevención que en este momento está en su etapa de validación y cuyos objetivos se describen a continuación.

OBJETIVOS DEL CICLO

Al término de las experiencias de aprendizaje correspondientes al 4º, 5º y 6º grados, los alumnos, según sus diferencias individuales, serán capaces de:

4º GRADO:

— Descubrir la capacidad que posee como persona.
— Desarrollar modos sencillos de comunicación entre sus pares.
— Identificar los elementos esenciales que facilitan la toma de decisiones.
— Determinar los efectos nocivos del tabaco y el alcohol en la salud de las personas.
— Determinar los efectos nocivos del uso de inhalantes y de la marihuana, en la salud de las personas.
— Valorar la importancia de mantenerse libre de drogas.

5º GRADO:

— Manifestar actitudes de autovaloración.
— Desarrollar mecanismos de comunicación con los miembros de su familia y de la comunidad.
— Aplicar normas sencillas y prácticas en la toma de decisiones.
— Determinar las consecuencias del abuso del alcohol y del tabaco, en la familia y en la sociedad.
— Determinar los efectos nocivos del uso de la cocaína en la salud, de las personas, y sus consecuencias en la sociedad.
— Reconocer la importancia de la salud como medio indispensable para el crecimiento personal, familiar y comunitario.

6º GRADO:

— Demostrar sentimientos de seguridad personal.
— Establecer una comunicación fluida y sincera con los miembros de su familia.
— Demostrar seguridad en la toma de decisiones, ante situaciones de la vida.
— Valorar la seguridad personal para el éxito de los emprendimientos.
— Valorar el concurso del médico para la ingestión de medicamentos.

— Identificar los medicamentos que pueden crear dependencias en las personas.
— Establecer los efectos nocivos del consumo de cocaína y heroína en la salud de las personas, y sus consecuencias en la sociedad
— Valorar los esfuerzos realizados por las naciones, en el control de producción, elaboración, tráfico y consumo de drogas.

CARTEL DE ALCANCE Y SECUENCIAS DE CONTENIDOS

4º GRADO:

1. Conocimiento de sí mismo. Autoestima. Modo de fortalecerla.
2. Comunicación.
   Concepto. Importancia. Modos de Comunicación.
3. Toma de decisiones. Conocimientos necesarios para la toma de decisiones.
4. Drogas.
   Concepto. Clasificación. Tabaquismo. Efectos nocivos en la salud. Prevención.
5. Drogas lícitas.
   Alcohol. Efectos negativos en la salud personal. Prevención.
6. Drogas ilícitas.
   Inhalantes. Marihuana. Consecuencias en la salud, familia, sociedad. Prevención.

5º GRADO:

1. Autoestima.
   Valor de la autoestima. Importancia en la vida de las personas.
2. Comunicación.
   La opinión de los demás. Importancia.
3. Toma de decisiones.
   Factores que inciden. Responsabilidad personal.
4. Drogas.
   Clasificación según su origen. Tabaquismo. Daños que produce en la persona, familia, ambiente. Prevención.
5. Drogas lícitas. Alcohol (cont.). Efectos en la salud personal, familia, sociedad. Prevención.
6. Drogas ilícitas. Cocaína efectos en la salud, familia sociedad. Prevención.

6º GRADO:

1. Autoestima.
   Valor de la autoestima en la persona, la familia, la sociedad.
2. Comunicación.
   Sentimientos e interrelación.
3. Toma de decisiones.
   Presiones. Responsabilidad personal.
4. Drogas
   Uso médico. Sedantes. Estimulantes. Uso indebido. Prevención.
5. Drogas ilícitas.
   Cocaína. Heroína. Efectos nocivos en la salud personal, familia, sociedad. Prevención
6. Drogas.
   Producción. Tráfico. Consumo. Consecuencias en la persona, familia, sociedad.

SUGERENCIAS EN CUANTO A LA METODOLOGIA

Una de las características del programa es desarrollarlo como integrante del programa curricular de educación que se inicia en el 4to. grado del nivel primario y continuarlo gradualmente hasta la finalización del ciclo básico. Se asume que el curriculum es el conjunto de experiencias de aprendizaje que los educandos viven en un proceso gradual, previsto por el sistema educativo dentro de un determinado contexto, con la finalidad de dinamizar el desarrollo integral de la persona.

Concordante con este enfoque, el programa preventivo tenderá a promover aquel conjunto de experiencias de aprendizaje, compatibles con el desarrollo de personalidades menos vulnerables al consumo indebido de substancias psicoactivas. Se sugiere que las experiencias de aprendizaje permitan lo siguiente:

Un aprendizaje por descubrimiento, para capacitar al educando en la búsqueda, procesamiento y aplicación crítica de los conocimientos.

La participación activa de los estudiantes, como sujetos de su propia formación.

La promoción y refuerzo en los educandos, de la confianza en su capacidad de observar, criticar, analizar y descubrir cosas por si mismos.

Asimismo se recomienda que el educador tenga a bien considerar lo siguiente:

Que el aprendizaje es un proceso que se da en un educando con características psicobiológicas singulares, con motivaciones y expectativas particulares, experiencias previas de aprendizajes, etc.

Que la participación activa de los educandos asi como una comunicación multilateral facilitará el aprendizaje.

Que la tolerancia y el respeto a las ideas de los demás debe ser la base de toda situación de enseñanza-aprendizaje.

Que el desempeño del educador como organizador y orientador en una situación de horizontalidad dará mayor confianza a los educandos.

Generar conciencia de la existencia del problema

Con el Dr. Manuel Fresco (h), coordinador del área de comunicación y acción comunitaria, tratamos el tema de los trabajos que realiza el Proyecto Marandú en aras a la concientización de la sociedad.

El Dr. Fresco nos explica cual es la filosofía en esta área y los objetivos fundamentales.

- Cuando en el problema drogas se habla de concientización y, en particular, cuando en nuestro país hablamos de concientización, tenemos que tener en cuenta en principio que el objetivo primordial es la visibilidad que tiene el "problema drogas" para nuestros compatriotas. La idea del problema era mínima como un problema existente o como un futuro problema que pudiera llegar a afectarnos. Esto se basaba en una política de ocultamientos tanto a nivel gubernamental y, diría yo, también como una dinámica de funcionamiento comunitario que es negación del problema. Entonces como uno de los objetivos fundamentales la elaboración del diseño de intervención preventiva estaba la necesidad de hacer tomar conciencia a la comunidad y a sus autoridades del problema existente en el país.

Es por esto que el Proyecto Marandú le dio una gran importancia a dos aspectos: en primer lugar en el año 1 la investigación que es la que iba a dar bases cuantitativas de las dimensiones del problema que desconocíamos y, en segundo lugar, aun sin conocer los datos, comenzar a trabajar en aras de generar una conciencia de la existencia del problema en el Paraguay y en segundo lugar de la necesidad

de compromiso comunitario para comenzar a desarrollar tareas que tengan la prevención primaria como objetivo.

- Y dentro de esa labor de concientización, entonces, se tomaron tres áreas principales.

- En la labor de concientización, se tomaron lo que se define dentro del programa como **tres estrategias privilegiadas:** la estrategia de comunicación, la estrategia escolar y la estrategia de extensión a la comunidad, o sea, son como tres caminos por los cuales se van a trabajar buscando la concientización dentro del problema de drogas.

- Y en el campo específico de la estrategia en el área de la comunicación, ¿cuáles son los objetivos y también actividades?

- El área de comunicación tiene como fundamento la utilización de los medios masivos de comunicación con la propuesta básica también de generar conciencia. Tal vez sería oportuno aclarar que en comunicación hay diferentes sub-programas o diferentes planteos de acción.

Sub programas o planes de acción. En primer lugar, **publicación de artículos semanales en prensa escrita;** la idea de este proyecto de artículos semanales es publicar artículos con un contenido informativo accesible al lector común, que tenga como eje temático en el mes alguna situación que a nivel comunitario haya llamado la atención, esas son las características con las cuales se piensan estos artículos. Normalmente son artículos de 30 a 40 líneas que van tocando diferentes puntos.

El programa de emisión en radio emisoras. Con el mismo criterio de difundir información objetiva y generar conciencia de la situación del problema drogas, se hacen programas radiales de 30 minutos a 1 hora de duración con el sistema de micrófono abierto. El objetivo de estos programas es establecer una comunicación con la audiencia en la cual se presentan diferentes aspectos del programa.

Solemos invitar a expertos de diferentes áreas y se desarrolla un tema. En ambas modalidades de desarrollo, uno de los aspectos que nosotros enfatizamos es no dar exclusivamente información, es decir, lo que queremos es ampliar un poco la problemática del consumo de drogas no focalizado solamente a la cuestión del consumo del tóxico, de la droga; entonces, tomamos situaciones de la vida cotidiana, situaciones que tienen que ver con educación, trabajo, tiempo libre.

La idea básica del mensaje no es un simple **no a la droga** sino que es un mensaje tendiente a la promoción integral del ser humano, y a la posibilidad de visualizar diferentes áreas de conflictos que eventualmente pueden conducir al consumo de drogas o a alguna otra patología de comportamiento.

La parte de **producción de videos, de material audiovisual** es el otro gran módulo dentro de la estrategia de comunicación. Tenemos elaborados videos de tipo argumental por un lado y la elaboración y emisión de spots que tienen planteos diferentes.

Cuando nosotros pensamos en videos argumentales pensamos en un material que está siendo elaborado para trabajar con audiencias pequeñas con la presencia de un promotor que canalice y vehiculice la discusión, es decir, no son materiales para distribución masiva ni son materiales que pueden ser emitidos simplemente por televisión sin un trabajo posterior. Está pensado en audiencias pequeñas, fundamentalmente audiencias escolares, con los cuales se trabaja después con promotores debidamente entrenados.

Se hicieron dos videos argumentales: **Lo que le paso a los Franco y Barrera,** que estan siendo utilizados, por ejemplo, en estrategia escolar.

Con relación a los spots, son producciones de 20 a 30 segundos. Se está trabajando con Teleeducación, por una cuestión económica, básicamente; Teleeducación produce el material con asesoramiento nuestro. En este mes tiene que salir uno de los spots cuyo eje temático es el alcohol.

Una de las características del tema de concientización, que tiene que ver la forma como encaramos el problema, es insistir mucho en el tema de drogas legales; dado que pensamos evidentemente y como lo muestra el estudio epidemiologico, el problema de consumo de

drogas en el país tiene que tomar en cuenta las drogas legales, es decir, alcohol, tabaco y psicofármacos.

El otro sub programa del área de concientización es la **publicación de los boletines informativos;** hay un boletín informativo que se llama **Marandú,** lleva el nombre del proyecto y sale aproximadamente cada tres meses. Tiene también un eje temático básico; una vez fue familia, otra vez fue educación, otra vez acciones comunitarias, etc. y donde se invita a distintos profesionales u organizaciones que están trabajando en el campo de la prevención para producir algún material que va ser impreso en este boletín. Este boletín sirve además como un elemento de comunicación entre distintos sectores y está destinado básicamente a una población de líderes, no es de distribución masiva, está pensado, repito, en una población específicamente seleccionada como parlamentarios, políticos, etc.

Publicación de materiales informativos. Son materiales diversos de divulgación que lo que pretenden es trasmitir un nivel informativo accesible a docentes, padres de familia, estudiantes, etc. Se toman distintos temas y hay un nivel de información que se coloca siempre cuidando que sea accesible con algún tipo de ilustración y son de distribución masiva; no están pensados en alguna población en particular.

El **programa de orientación telefónica** se pensó en algún momento en esos teléfonos tipo SOS donde la gente puede solicitar información. En este momento tenemos una linea habilitada pero no con esa idea original de "linea caliente" como se llama en Estados Unidos. Es el teléfono de la oficina de Marandú que está en horas de oficina a disposición de la gente que quiera información, pero no tiene el sentido original de ayuda telefonica.

Dentro de concientización a la comunidad y específicamente en el área de estrategia de comunicación esta también el **trabajo fundamental con la población de periodistas;** es decir, nosotros consideramos que es fundamental también concientizar y capacitar a la población a los comunicadores sociales en el amplio sentido del término como para que el manejo a nivel prensa de todo lo que sea droga sea un manejo que pueda tener un efecto de prevención.

Se sabe cómo se trasmite, por ejemplo, en policiales las informa-

ciones sobre detenciones o las anécdotas sobre los famosos narcotraficantes que muchas veces los convierten de alguna u otra forma en líderes que los chicos quieren imitar, ese tipo de cosas evidentemente está ofreciendo un modelo de identificación al lector que no deja de ser atractivo; entonces se tomó como una de las poblaciones objetivos los comunicadores sociales con los cuales se tuvieron, a lo largo del tiempo que se estuvo desarrollando este proyecto, varios encuentros y seminarios específicos de capacitación.

Distribución de material para educadores de la salud. Los educadores de la salud son un tipo de profesional que tiene el Ministerio de Salud con los cuales también estamos trabajando como una población específicamente seleccionada dado la capacidad de multiplicación que tienen, **concluye el Dr. Manuel Fresco (h).**

Resumen de Actividades del Proyecto Marandú

- Año 1991 -

A) Institucionalización:

En un acto público auspiciado por el Departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, los Ministros del Interior, Salud Pública, Educación y Justicia y Trabajo, han firmado un acuerdo sobre la creación de una Red Nacional de Prevención a ser constituída por entidades gubernamentales y no gubernamentales.

Como seguimiento al acuerdo firmado por los Ministros para la constitución de la red, en fecha 31 de octubre de 1990 se realizó una primera reunión donde asistieron representantes del Ministerio del Interior, Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Educación y el Ministerio de Justicia y Trabajo, así como un representantes de las Naciones Unidas, por los organismos internacionales, y un miembro de CONPFA (Coordinadora Nacional de Prevención de la Farmacodependencia) representando a los organismos no gubernamentales.

Se llevaron a cabo varias reuniones con los representantes de las distintas entidades para discutir sobre la modificación de la Ley 1.340, la creación de la Secretaría Nacional Anti-Drogas (SENAD) y el reordenamiento institucional de la Coordinadora Nacional Anti-droga (CONAD).

Por Decreto del Poder Ejecutivo, se crea la Secretaría Nacional Anti-Drogas (SENAD), que se encarga de coordinar las acciones de prevención, rehabilitación y represión de drogas. El Gral. Marcial D. Samaniego Ocáriz fue nombrado Secretario Ejecutivo; y el Dr. Agustín Carrizosa, Director del Area de Prevención, Rehabilitación y Recuperación de este organismo.

En noviembre de 1990 se elaboró el presupuesto anual para el Proyecto de Apoyo al Programa Nacional de Prevención del Abuso de Drogas. El Proyecto se instaló en una oficina cedida por el Comité Paraguay-Kansas, y se adquirieron distintos equipos para el mejor desempeño del mismo, entre ellos una computadora Apple Macintosh.

Se designó a un equipo técnico y un equipo administrativo, quienes trabajaron en la elaboración de los procedimientos de control y la contabilidad. Los mismos se reunían una vez a la semana para planificar y evaluar la marcha del proyecto.

Como parte de la institucionalización del Programa Nacional de Prevención del Abuso de Drogas, el Dr. Carlos Gauto, Director Adjunto del Proyecto «MARANDU», viajó a Caracas, Venezuela, para participar del VII Encuentro de Educación Preventiva, que contó con los auspcios del Acuerdo Sudamericano sobre Estupefacientes y fue organizadopor la Comisión Nacional Contra el Uso Ilícito de Drogas (CONACUID) de Venezuela.

En la primera semana de diciembre de 1991, el Sr. Antonio Gayoso, Consejero Principal de Problemas Sociales de la Oficina de Investigación y Desarollo de la Agencia para el Desarrollo Internacional (AID), dictó una conferencia sobre la problemática del consumo de drogas y alcohol en América Latina, la manera en que el Proyecto puede tener un impacto en el Paraguay y como modelo para otros países. Asistieron a la conferencia la Dra. Cynthia Prieto Conti, Ministra de Salud Pública y Bienestar Social; el Gral. Marcial D. Samaniego O., Director Ejecutivo de la Secretaría Nacional Anti-Droga (SENAD); el Sr. Jon Glassman, Embajador de los Estados Unidos de América en el Paraguay; y autoridades del Ministerio de Educación y Culto, y otros.

B) Investigación:

Tres instituciones fueron invitadas a presentar propuestas para el trabajo de investigación sobre Salud y Hábitos Tóxicos en el Paraguay. Las mismas fueron: Centro Paraguayo de Estudios de Población (CEPEP); Centro de Estudios Sociológicos (CEDES); y, el Dr. Hugo Míguez, del Consejo de Investigaciones Científicas y Técnicas (COCIMET) de la Argentina.

El Dr. Hugo Míguez y la Dra. Cristina Pecci presentaron una propuesta de trabajo, y junto con el Dr. Juan María Carrón diseñaron la muestra para el estudio epidemiológico.

Un cuestionario de 22 páginas sobre uso y abuso de alcohol y drogas legales e ilegales fue elaborado, y se procedió al estudio de validación para depresión, alcohol y drogas. El cuestionario fué traducido al idioma guaraní, considerando que la población encuestada era primordialmente bilingüe. Las cuatro áreas claves para la recolección de información epidemiológica sobre el consumo de drogas fueron: Síndrome Depresivo, Uso y Abuso de Sustancias psicoactivas; Actitudes y Conocimientos Generales vinculados a temas de Salud Mental, y, Información sociodemográfica.

La encuesta fue realizada en diez ciudades del Paraguay, a saber: Asunción y área metropolitana (Lambaré, San Lorenzo, Luque, Fernando de la Mora), Encarnación, Ciudad del Este, Hernandarias, Pdte. Franco, Concepción, Coronel Oviedo, Caaguazú, Villarrica y Pedro Juan Caballero. En total se realizaron 2.500 encuestas. Se contrató y adiestró al personal encargado de realizar las encuestas en la capital e interior.

El propósito de la investigación fue dar un primer paso en el conocimiento del problema estimando la magnitud y naturaleza del uso de drogas en lapoblación con edades entre los 12 y 45 años. Asimismo, describir algunas de las creencias y actitudes asociadas a su consumo.

Se contrató a un especialista para el procesamiento de datos de las encuestas, quien confeccionó un programa de cargas especial para el estudio epidemiológico.

El Dr. Míguez y la Dra. Pecci entregaron el Informe Final con los resultados de la investigación, información que está a disposición de los interesados en el Centro de Documentación del Proyecto.

C) Comunicación:

Dos *spots* para televisión, uno sobre el tema del abuso de drogas y otro sobre accidentes de tránsito relacionados al consumo del alcohol, fueron producidos y emitidos por los canales de TV locales, quienes cedieron los espacios gratuitamente. La producción involucró a las siguientes instituciones: los departamentos de Salud Mental y Educación para la Salud del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; el departamento de Teleducación del Ministerio de Educación y Culto; estudiantes de la carrera de Comunicación de la Universidad Católica «Ntra. Sra. de la Asunción»; y, a compañía privada de teatro, Arlequín. Asimismo, también fué producido un *gingle*, que fuera emitido por distintas emisoras de radio de la capital.

Así también, un video argumental, de aproximadamente 15 minutos, sobre alcoholismo fué producido como material de apoyo de las actividades de extensión comunitaria. Se elaboró una guía con instrucciones para el manejo de este material para la organización de video-debates. Ayudaron en la elaboración de este material el departamento de Educación para la Salud del M.S.P. y B.S. y Pre-Ver. El Sr. James Connett, voluntario del Comité Paraguay-Kansas, dictó un seminario de dos días a 34 maestros de distintos Centros Regionales de Educación, quienes fueron entrenados en Teoría del Cambio, Estrategias de Curriculum y Educación a Distancia.

El Sr. Connet también trabajó en la propuesta de producción de videos educacionales.

En los periódicos capitalinos fueron publicados artículos relacionados al consumo de drogas legales e ilegales. Se publicaron con una frecuencia de 10 artículos mensuales, de los cuales 4 eran específicamente en apoyo al Plan Nacional de Prevención del Abuso de Drogas.

El Proyecto auspició la programación semanal de programas dedicados a la Prevención del Abuso de Drogas. Estos programas fueron difundidos por Radio Cáritas, Radio Chaco Boreal y Radio Nuevo Mundo, en la modalidad de invitar a especialistas para ser entrevistados. En marzo, el Sr. Leonel Valdivia dictó un seminario sobre Estrategias de Comunicación, participaron del mismo miembros de las distintas organizaciones que trabajan en prevención del abuso de drogas.

En julio de 1991 se realizó un Seminario para Periodistas y Gerentes de Medios de Comunicación, sobre el tema de Comunicación y Prevención del Abuso de Drogas. El seminario estuvo coordinado por el Lic. Santiago Caballero, Jefe del Depto. de Comunicación Social del M.S.P. y B.S. Fueron invitados a participar aproximadamente 40 periodistas y 30 gerentes.

El Proyecto inició la creación de un Centro de Documentación especialmente dedicado al tema «Drogas», y que funciona en las oficinas. El Centro de Documentación está suscripta a distintas publicaciones especializadas, y cuenta con más de 200 volúmenes para consulta, así como de ejemplares de folletos, revistas y publicaciones de difusión para la prevención del abuso de drogas. También se creó una base de datos computarizada sobre distintas organizaciones, nacionales e internacionales, dedicadas a la prevención y rehabilitadión de la drogadicción, que es utilizada para realizar contactos e intercambiar materiales sobre el tema, y enviar nuestras publicaciones.

Con la colaboración de la Agencia de Información y Cultura de los Estados Unidos (USIS), se realizaron copias de distintos videos sobre el tema drogas que son utilizados en la estratega de extensión comunitaria. Así también el Centro de Documentación ha comenzado con una videoteca. Un televisor y una video-cassettera fueron adquiridos para la difusión de estos materiales.

En el año 1991 se editaron tres números del Boletín «MARANDU», con una tirada de 500 ejemplares cada una, de las cuales aproximadamente 300 fueron distribuídos a nivel nacional y 150 a nivel internacional, en cada oportunidad. Por Resolución Nº 54/91 y 162/91, la Dirección General de Correos concedió Franquicia Postal al Boletín «MARANDU».

En agosto de 1991, se recibió la visita de la Sra. Gloria Hooper, miembro del Parlamento del Reino Unido de Gran Bretaña, quien en la oportunidad fué informada sobre las actividades del Proyecto.

En la semana del 16 al 21 de setiembre de 1991, se organizó la Semana Nacional de Prevención del Abuso de Drogas, coincidiendo con la tradicional Semana de la Juventud, y contó con la participación de entidades que organizaron actividades apoyando este evento. Se dió apertura a la semana con un video argumental de 15 minutos sobre alcoholismo, en el Salón Auditorio del M.S.P. y B.S.

D) Estrategia Escolar:

Con autorización del Ministerio de Educación y Culto se realizó la revisión del currículum escolar, tendientes a la inclusión en el mismo el tema de Prevención del Abuso de Drogas. A tal efecto, se realizó una encuesta entre maestros del nivel primario y básico, investigando el interés y posibilidad de los maestros para llevar a cabo esta modificación. El Laboratorio de Informática Social de la Universidad Católica (LIS/UCA) colaboró con el procesamiento de los datos de la encuesta.

En febrero de 1991 se realizó un Seminario-Taller para maestros en el Instituto Superior de Educación. Participaron del mismo 49 maestros (29 del interior del país y 20 de la capital).

El Ministerio de Educación y Culto designó a la persona encargada de realizar el trabajo de presentación de la modificación del currículum escolar. Se decidió elaborar una Guía Didáctica para Maestros y Cartillas para Alumnos como material a ser utilizado para la prevención de adicciones.

Se realizaron simultáneamente charlas a alumnos, maestros y padres de familia en distintos colegios de la capital.

Como parte del programa de estrategia escolar, se realizaron seminarios dirigidos a maestros en el interior del país. Uno fué realizado en Filadelfia, Chaco, con maestros indígenas, enfocándose particularmente la problemática del alcoholismo. Otro fué llevado a cabo en San Pedro del Ycuámandy'yú. Colaboró para este evento el Depto. de Educación Secundaria del M.E.C.

La Lic. María de la Paz Peña, coordinadora del área de Estrategias de Educación del Proyecto, viajó a los Estados Unidos para participar de un Programa de Educación y Drogadicción durante el mes de noviembre de 1991. Ella fué invitada por la Agencia de Servicio Informativo y Cultural de los Estados Unidos.

E) Extensión Comunitaria:

El video producido fue presentado a 30 Educadores para la Salud en un encuentro organizado por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Los educadores para la salud dieron sugerencias sobre el video y el manual de instrucciones que acompaña al mismo.

Los días 1 al 3 de abril de 1991 se realizó un Seminario para Promotores de la Salud. Veinte representantes de la capital y 15 de las regiones sanitarias participaron del mismos.

Un curso para la formación de Agentes de Prevención fué realizado en coordinación con la Cruz Roja Paraguaya. El curso tuvo una duración de tres meses, con una frecuencia de 2 clases semanales. Participaron del curso 20 representantes de organizaciones no gubernamentales y entidades públicas.

Se realizaron 2 jornadas de entrenamiento de líderes del interior en la ciudad de Encarnación y Ciudad del Este respectivamente. Participaron del mismo autoridades locales, profesionales y jóvenes. En la ciudad de Encarnación se contó con la colaboración de la Municipalidad.

= =

Primer Semestre - Año 1992

INSTITUCIONALIZACION

- El Congreso Nacional aprobó modificaciones a la Ley 1340 sobre Narcotráfico y Drogadicción. De acuerdo a las mismas, la Secretaría Nacional Antidrogas (SENAD), coordinará todas las actividades de prevención y represión de instituciones gubernamentales y no gubernamentales. La misma Dirección Nacional de Narcóticos pasa a depender del Ministerio del Interior a la SENAD.

- El Centro de Información y Documentación envió cartas de agradecimiento a las instituciones que enviaron materiales en donación. Asimismo, se catalogaron y clasificaron documentos, y fue entregado el trabajo realizado por la asistente de la Biblioteca. Se ingresaron las fichas de los materiales procesados en la computadora (Micro-Isis); se realizaron pedidos de materiales, a través de correspondencia.

- El equipamiento de la oficina del Proyecto y del Centro de Documentación se completó con la compra del CD Rom y de una fotocopiadora XEROX.

- Representando al Proyecto Marandú, el Dr. Gauto participó de seis reuniones convocadas por la SENAD para elaborar el proyecto de un hospital para rehabilitación de adictos. Participaron también representantes de SENAD, DINAR, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, PUAFE, Cruz Roja Paraguaya, PRE-VER, GESA y APREA. Después de la segunda reunión fué constituída una comisión técnica para el desarrollo completo del proyecto. La misma quedó constituída por los doctores Charles Rodas, del Depto. de Salud Mental del M.S.P. y B.S.; el Dr. Julio Morínigo Escalante, de la DINAR; el Dr. Carlos Gauto, del Proyecto MARANDU; y, el Dr. José Arias, de la Cruz Roja.

- Se elaboró el formulario definitivo para la actualización del archivo de entidades de prevención y sus actividades. Se realizaron visitas a cinco instituciones para completar los formularios mencionados.

- Se contrató al Lic. Miguel Sanzmartí, quien se encargó de elaborar y asesorar la producción de materiales de información y concientización a ser distribuídos en la comunidad.

- CENTRO DE DOCUMENTACION: Se registraron los materiales nuevos llegados al Centro. Durante el Seminario-taller para Docentes se realizó la difusión de los servicios que ofrece el CID. Se elaboró un material sobre bibliografía específica de prevención educativa que fue distribuído entre los asistentes.

El Ing. Julio Rosenblatt, coordinador del Instituto Interamericano del Niño, y la Lic. Silvana Bruno, asistente, capacitaron a la documentalista sobre el nuevo Sistema Automático de Publicaciones (SAP) del IIN. Fueron incluídos en la base de datos 2450 registros referentes a drogas.

- Se confeccionó una lista de las instituciones internacionales de quienes se reciben materiales para enviarles el libro sobre el Estudio Epidemiológico, acompañado de una carta.

- Concurrieron al CDI en busca de información, estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Asunción, y del Instituto Superior de Educación.

- Del 31 de marzo al 15 de abril, los Sres. Henry Kirsch y José Carneiro elaboraron, junto con el Equipo Técnico, el plan estratégico del proyecto Marandú para el próximo año. Con la dirección de estos asesores, el Ministerio de Salud organizó dos reuniones para iniciar

la preparación de un Plan Nacional de Prevención.

- CENTRO DE DOCUMENTACION: Se enviaron ejemplares del libro sobre el Estudio Epidemiológico en Salud Mental y Hábitos Tóxicos a los centros de documentación extranjeros con quienes se mantiene canje de documentos y comunicación fluída.

Se realizó la labor de difusión del Centro en los eventos organizados por Marandú , tales como talleres para padres y taller para educadores de la salud.

- Los días 14, 21 y 28 de mayo, en el local de Marandú, se realizaron reuniones de coordinación de las acciones de prevención entre instituciones públicas y privadas convocadas por el Dr. Agustín Carrizosa. Asistieron representantes de SENAD (Gral. Marcial Samaniego, Lic. Esmelda Acosta, Rvdo. Darcy O'Liveira, Dr. José María LLano), Ministerio de Salud (Lic. Rosa Javaloyes, Dr. Charles Rodas), Fundación Providencia (Lic. Domingo Pedrozo), CRUZ ROJA (Dr. José Arias), JOPACAD (Lic. Doris Hermosilla), PRE-VER (Lic. Amelia Mazó), Proyecto Marandú (Dr. Carlos Gauto, Corina M. Cazenave). La Sra. Corina M. Cazenave de López fué designada secretaria de estas reuniones de coordinación.

Se acordó continuar estas reuniones sistemáticamente a fin de intercambiar información y recursos (materiales y humanos) para las distintas actividades de prevención.

- CENTRO DE DOCUMENTACION: La Lic. Delia Ortega, responsable del Centro de Documentación, viajó a Quito, Ecuador, para participar del III Taller Regional del Proyecto de Información sobre la Niñez y la Familia (PIINFA), auspiciada por el mismo. Durante su estadía en esa ciudad visitó la Fundación Nuestros Jóvenes, donde entregó materiales producidos por el Proyecto Marandú (el libro «Estudio sobre Salud Mental y Hábitos Tóxicos en el Paraguay» y los boletines «Marandú»). Asimismo, recabó nombres de funcionarios encargados de los distintos proyectos ejecutados por la Fundación para un futuro intercambio de ideas y experiencias. La Fundación Nuestros Jóvenes donó varios libros al Centro de Documentación.

Del 12 al 15 de mayo y bajo el auspicio de la O.E.A., la LIc. Ortega participó de un curso de capacitación sobre el modelo bibliográfico/ electrónico del Sistema de Información sobre Drogas (IADIS), organizado por la CICAD. También, durante su estadía en Washington

D.C., visitó la oficina de Development Associates y obtuvo nuevos trabajos de investigación realizados por ellos en el tema drogas.

- Como parte de las tareas de rutina, se distribuyeron materiales informativos sobre drogas a instituciones interesadas y a estudiantes que lo han solicitado, se atendió a usuarios en el Centro, se realizaron préstamos de documentos y videos, y se registraron libros donados por SALID (EE.UU.) y CEDRO (Perú). Como resultado del envió del libro sobre «Salud Mental y Hábitos Tóxicos en el Paraguay», recibimos en forma de canje varios materiales.

- Regularmente se realizaron las reuniones de coordinación entre instituciones públicas y privadas en el local de Marandú. El tema principal de las reuniones fue la preparación de la Semana Nacional de Prevención.

- CENTRO DE DOCUMENTACION: Se recibieron documentos y folletos informativos de CEDRO (Perú), Fundación Nuestros Jóvenes (Ecuador), Programa «La Casa» (Colombia), SEAMOS (Bolivia), CESE (Bolivia) y Development Associates (E.U.A.).

- Se atendió a estudiantes, profesionales e investigadores que recurrieron al CED para obtener información.

- Se distribuyó material informativo-educativo (libros, revistas, bibliografías, folletos, boletines, posters, etc.) a participantes del Curso de Capacitación para Docentes (29 de junio de 1992), Jornada de Capacitación para Agentes y Promotores de Salud realizado en la ciudad de Concepción (13 de junio de 1992), y Ciudad del Este (19 de junio de 1992).

- Se ralizó una demostración del manejo de la Base de Datos del CID a estudiantes de la Escuela de Bibliotecología (26 de junio de 1992), como adhesión a la Semana Nacional de Prevención.

INVESTIGACION

- Se imprimió el libro sobre el **Estudio sobre Salud Mental y Habitos Tóxicos en el Paraguay**. La edición constó de 500 ejemplares, más 150 ejemplares que imprime el Centro de Investigaciones de la Salud de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Asunción.

Se distribuyeron 150 libros sobre el Estudio sobre Salud Mental y

Hábitos Tóxicos en el Paraguay entre autoridades y líderes nacionales.

COMUNICACION

- La línea telefónica del Proyecto Marandú ya ha sido instalada. El número telefónico es el 207-373. La Sra. Corina de López, secretaria del proyecto, es la encargada de brindar información y orientación al público.

- Se inició la preparación de un folleto informativo destinado a padres de familia que será utilizado en las actividadesde concientización de padres.

- Se imprimió la 4ta. edición del Boletín MARANDU.

- Fueron producidos 4 materiales informativos destinados a: docentes, padres de familia, jóvenes, educadores sanitarios, además de un folleto de información general sobre drogas. Estos materiales son enviados a la imprenta, previa diagramación para hacer atractiva su lectura.

El boletín MARANDU fue distribuído entre 60 instituciones internacionales y 350 instituciones nacionales.

- Se trabajó con el Depto. de Teleducación del Ministerio de Educación y Culto en la elaboración de un spot. Además, se tomaron contactos con otras productoras para la elaboración de los demás audiovisuales.

El material gráfico informativo producido fue distribuído entre los asistentes al Taller para Educadores para la Salud y al Taller para Padres.

- PROGRAMAS RADIALES: Se emiten normalmente programas de radio en las emisoras Cáritas, Chaco Boreal, Curupayty, Nuevo Mundo y Cardinal.

- ARTICULOS DE PRENSA: A través de la asesoría de prensa se publicaron con regularidad artículos en los periódicos HOY, ULTIMA HORA, ABC COLOR, y DIARIO NOTICIAS.

- PRODUCCION DE VIDEOS: Se pone en marcha la producción de un spot, a cargo del Departamento de Teleducación del Ministerio de Educación, y de un video documental sobre el estudio epidemiológico realizado por Marandú. Se eligió este tema con el fin de difundir lo más ampliamente el estudio como medio de concientización. La

producción del video documental está a cargo de Comunicaciones y Cía.

- Se realizaron 16 copias de los videos argumentales, producidos anteriormente, para la distribución a cada uno de los Centros Regionales de Educación para la Salud del Ministerio de Salud Pública y B.S. Cada video incluye el siguiente material: «Barreras» y «Lo que le paso a los Franco», producidos por PRE-VER; un video sobre alcoholismo, producido por la Organización Mundial de la Salud (OMS); y un video sobre tabaquismo «El fumador pasivo».

- El sábado 30 de mayo se realizó el Seminario-Taller para Periodistas sobre «El Rol de los Periodistas ante el Problema de las Drogas» organizado por PRE-VER y el Sindicato de Periodistas del Paraguay (SPP), y auspiciado por el Proyecto Marandú. Participaron 29 periodistas representantes de todos los medios, notándose la presencia mayoritaria de periodistas del interior del país. Se elaboró un documento como conclusión de dicho evento.

- LIBRO ANTOLOGIA: El Lic. Ilde Silvero, consultor contratado para la edición del libro, realiza entrevistas con los encargados del proyecto para reunir información.

- BOLETIN MARANDU: Se prepara la 5ta. edición. Se realizó la diagramación del boletín, y se imprimió el original para ser enviado a la imprenta.

- PRODUCCION DE VIDEOS: El video argumental está en la fase final de producción. Se termina el spot realizado por el Depto. de Teleducación del Ministerio de Educación y Culto.

- DISTRIBUCION DE MATERIAL AUDIOVISUAL: Personas e instituciones insteresadas han realizado copias de los videos existentes en el Centro de Documentación.

ESTRATEGIA ESCOLAR

- De acuerdo a lo establecido en el plan de estrategia preventiva, dentro del marco de la educación se comenzaron los trabajos de coordinación con PREVER, GESA y Fundación Providencia. Dicha coordinación tiene como objetivo establecer pautas comunes a seguir en el area de padres y alumnos. Los pasos a seguir en los colegios fueron delineados en reuniones realizadas en el mes de diciembre y copias fueron enviadas a los involucrados en el proyecto.

- CAPACITACION DE DOCENTES: Los días 28 y 29 de febrero se realizó el Seminario-Taller para Docentes. El mismo se llevó a cabo en el Salón «Agustín Barrios» del Centro Cultural Paraguayo-Americano. A través del Departamento de Formación Docente del Ministerio de Educación y Culto, se invitó a 40 maestros, tanto de la capital como del interior. Asistieron 30 maestros, tanto del nivel primario como del secundario.

- GUIAS DIDACTICAS: Se terminó el primer borrador de la guía educativa y cuadernillo del alumno para el 4º grado. Fue puesto a consideración y evaluación de los docentes asistentes al taller de capacitación.

- CONCIENTIZACION Y PADRES Y ESTUDIANTES: Se realizaron reuniones con directivos y profesores guías del Colegio «Inmaculée Conception». Se planificó la estrategia de convocatoria a padres y alumnos. Se hicieron también reuniones de coordinación entre representantes del Proyecto Marandú, GESA, PRE-VER, y Fundación Providencia.

CAPACITACION DE DOCENTES: Fueron tabulados y analizados los datos de las encuestas a los asistentes al primer taller para docentes. Las sugerencias son tenidas en cuenta para el 2º taller a realizarse el día 27 de abril próximo.

- En el Ministerio de Educación y Culto continúan trabajando en la Guía Didáctica. La fase actual del proceso es la diagramación de la Guía para el 4º grado primario, y se realizará la validación del mismo en el Taller para Docentes a llevarse a cabo el 27 de abril. El día 14 de abril, en una reunión con el Depto. de Currículum se organiza la metodología de validación.

- Se realizaron charlas para estudiantes de los cursos secundarios en el colegio Pablo L. Avila. Con las autoridades de dicho colegio se organizó una «Semana de la Prevención de Adicciones», donde se realizaron dos jornadas de concientización para padres y alumnos.

- En el colegio «Nuestra Señora del Carmen» se llevaron a cabo dos jornadas de concientización para líderes estudiantiles del ciclo básico (7º al 9º) y del bachillerato (10º a l 12º). Participaron aproximadamente 60 jóvenes.

- El 5 de mayo se realizó el 2º Taller para Docentes. La apertura estuvo a cargo del Dr. Agustín Carrizosa y el Gral. Marcial Samaniego. El objetivo principal fué el análisis de la Guía Didáctica para Docentes.

Participaron siete docentes del 2º ciclo de educación primaria y nueve docentes de los Institutos de Formación Docente.

- Continúa el proceso de validación de las guías didácticas que se está realizando en escuelas elegidas por el Ministerio de Educación. El trabajo sufrió un retraso, ya que debido a la gran cantidad de material se decició hacer tres guías, para el 4º, 5º y 6º grados, en lugar de una sola. Se prevé para septiembre la entrega del material.

- El día 12 de mayo G.E.S.A. realizó un teller en el Colegio de Enseñanza Técnica de la localidad de Fernando de la Mora, dentro del objetivo de concientización de padres y estudiantes.

- El 30 de mayo se llevó a cabo el 1er. Taller para Padres de colegios de Ñemby, localidad del Gran Asunción, organizado en colaboración con el Dpto. de Orientación del M.E.C. Participan del mismo 350 padres.

- Se inició un nuevo programa de información-concientización para alumnos de colegios en sección nocturna, considerados grupos de riesgo. Se realizó un taller en el colegio José de Antequera y Castro, con la participación de 60 alumnos. En total se prevén seis talleres en distintos colegios del radio urbano de Asunción. Este programa se hace en coordinación del Departamento de Orientación del M.E.C.

- Los días 29 y 30 de junio se realizó el III Seminario-Taller para Docentes. Participaron 30 profesores y supervisores de las zonas A, B, C, D, y E Capital.

- CAPACITACION DE AUTORIDADES EDUCATIVAS: Se encargó a la Fundación Providencia la realización de la 1a. Jornada para Directores de Colegios Privados sobre Prevención del Abuso de Drogas. La misma tiene fecha prevista para el 31 de julio.

- El día 6 de junio el Proyecto Marandú y G.E.S.A. realizaron otro taller para padres de familia con la colaboración del Depto. de Orientación del M.E.C. El mismo tuvo lugar en la ciudad de Ñemby, del Gran Asunción, en el local del Colegio C.A. López. Participaron 370 padres de varias instituciones de enseñanza de la zona. El taller tuvo una duración de 4 horas. Otro taller tuvo lugar en la Ciudad de San Bernardino, en la Escuela Graduada Nº 39 «Juan H. Pestalozzi». Participaron 150 padres.

EXTENSION COMUNITARIA

- El Dr. Carlos Gauto, director adjunto del proyecto, y el Lic. Santiago Caballero, director interino del Departamento de Educación para la Salud del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, se reúnen para la preparación de los seminarios para educadores sanitarios.

- El Departamento de Prevención prepara el primer módulo para la centralización de la formación de los Agentes de Prevención que terminaron el curso en el Año I del Proyecto.

- Son convocadas los jefes regionales de Educación para la Salud. De acuerdo a lo programado, se somete a opinión de los mismos el material sobre drogas y adicciones a ser incluído en el Manual que los educadores manejan en sus actividades.

- TALLER PARA EDUCADORES DE LA SALUD: Los días 19, 20 y 21 de marzo se llevó a cabo el 1er. Taller para Educadores para la Salud del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Participaron 17 educadores de las 15 regiones sanitarias. Durante el mismo se elaboró un plan para desarrollar actividades de prevención en cada región sanitaria. En el 2º taller se seleccionarán las actividades concretas a ser desarrolladas con apoyo del Proyecto Marandú, de acuerdo a prioridades relacionadas con los resultdos del estudio epidemiológico.

- El 2º Taller para Educadores de la Salud se llevó a cabo los días 24 y 25 de abril. Participaron representantes de las 15 regiones sanitarias. Se concretó la realización de dos actividades principales en cada región: a) Seminario para el staff de cada Centro Regional de Salud, con el objetivo de involucrarlos y lograr apoyo para las actividades de prevención.; b) Seminario para autoridades (políticas, religiosas, militares, etc.).

Estas actividades son coordinadas por cada educador de la salud regional. El Proyecto Marandú da apoyo logístico y materiales de información. En este taller se realizó también la validación final del manual sobre adicciones a ser utilizado por los educadores de la salud.

- Se organizan tres seminarios con autoridades de salud en el interior del país. Las mismas tendrían lugar en Concepción, Ciudad del Este y San Juan Bautista. La coordinación está a cargo de los

Educadores de Salud de cada una de esas ciudades.

- El día 13 de junio se realizó una jornada de capacitación para Autoridades de Salud de la IV Región Sanitaria (Concepción) y la X Región Sanitaria (Pedro Juan Caballero). La misma se llevó a cabo en la ciudad de Concepción. Participaron 21 profesionales, entre los cuales figuraban los Directores Regionales de Salud, las enfermeras jefes y auxiliares, médicos, químicas farmacéuticas, entre otros. Como resultado de la misma se elaboró un plan para una campaña de prevención de adicciones.

- El día 19 de junio tuvo lugar otra jornada para autoridades de salud de la IX Región Sanitaria (Ciudad del Este), con la presencia de 15 profesionales.

- SEMANA NACIONAL DE PREVENCION: Se llevó a cabo del 22 al 27 de junio con la coordinación del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, la SENAD y el Proyecto Marandú, con la presencia de autoridades nacionales, sanitarias y numerosos participantes.

****

2° Semestre 1992

INSTITUCIONALIZACION

En el local del Proyecto Marandú se realizaron semanalmente las reuniones de coordinación de instituciones públicas y privadas que trabajan en prevención de adicciones. Asisten regularmente representantes de la Secretaría Nacional Anti-Drogas (SENAD), Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Pre-Ver, G.E.S.A., JOPACAD, Cruz Roja Paraguaya, Comité Central Mennonita y el Proyecto Marandú.

Esta Coordinadora también se abocó a la discusión sobre cambios y propuestas a la Ley 1.340 sobre Narcotráfico, Prevención y Rehabilitación, y en la presentación de propuestas de objetivos y programas del Plan Nacional de Prevención.

En el mes de agosto se constituyó el Consejo Consultivo de Coordinación de la Prevención, con el objetivo de asesorar al Secretario Ejecutivo de la Secretaría Nacional Anti-Drogas (SENAD), Gral. Marcial D. Samaniego Ocáriz, sobre la prevención, el tratamiento

y la rehabilitación en el abuso de drogas. Representan a las ONGs que trabajan en prevención de adicciones: el Proyecto Marandú, la Cruz Roja Paraguaya y Pre-Ver; y también integran representantes del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, el Ministerio de Educación y Culto, y la SENAD. Este Consejo también elaborará un Plan Estratégico de Prevención para tres años. De este documento se elaborará un proyecto a ser presentado al Programa de Naciones Unidas en Viena.

Se realizaron contactos con el Centro Italiano di Solidaritá (CeIS) y se recibió la visita de su Director de Cooperación Internacional, Dr. Gabriel Restrepo. Se trató sobre la futura cooperación del CeIS con el Proyecto Marandú y otros organismos paraguayos en el campo de la prevención integral del uso indebido de drogas.

INVESTIGACION: Se trabajó en la obtención de más información de la base de datos de la investigación de 1991, "Salud Mental y Hábitos Tóxicos en 10 ciudades del Paraguay". Se trabajaron particularmente en 25 cruzamientos, con la intención de obtener más cuadros didácticos para la difusión de los datos epidemiológicos.

COMUNICACION

BOLETIN MARANDU: Se imprimieron la 4ta. edición y la 5ta. edición. Año 2, del Boletín Marandú, dedicadas a los temas "Juventud y Violencia" y "Automedicación" respectivamente. Cada edición tuvo una tirada de 750 ejemplares, que fueron distribuidos a instituciones nacionales e internacionales con los cuales el Proyecto Marandú mantiene contacto o intercambio de materiales.

ARTICULOS DE PRENSA: Durante el 2º semestre de 1992 se publicaron un mínimo de 8 artículos periodísticos mensuales relacionados a la prevención del abuso de drogas. Los diarios que cedieron espacios para los artículos son: Diario Ultima Hora, Diario ABC Color, Diario HOY y Diario Patria.

PROGRAMAS RADIALES: Se emitieron 4 programas radiales, de una hora de duración cada una, en las radioemisoras Cáritas, Chaco Boreal, Cardinal y Curupayty. Estos programas tienen por objetivo informar y concientizar al público en general.

Distintos medios masivos de comunicación han invitado a expertos del Proyecto Marandú para brindar información a la población

sobre los peligros del abuso del alcohol y otras drogas, así como para dar a conocer el trabajo que se está desarrollando conjuntamente con el Ministerio de Educación y Culto.

PRODUCCION DE VIDEO: Se produjo un video documental de 25 minutos de duración sobre "Salud Mental y Drogas en el Paraguay", basado en el Estudio Epidemiológico sobre "Salud Mental y Hábitos Tóxicos en 10 ciudades del Paraguay". Se realizó la presentación del material audiovisual y se inició la distribución de copias a las regiones sanitarias del país para su utilización en actividades de concientización, así como a organizaciones nacionales que se dedican a la prevención de adicciones.

PRODUCCION DE MATERIALES: Se realizó el Seminario-Taller de Estrategias de Comunicación dictado por los expertos Dr. Henry Kirsch de Development Associates, Inc., el Dr. Juan Braun y el Dr. Fausto Jaramillo. Es este taller se elaboraron materiales de difusión masiva, como tarjetas, afiches y cuñas radiales alusivas a la prevención de adicciones.

Se hicieron reimpresiones de los folletos "El Docente como agente de Prevención de la Drogadicción", "El No de los Fuertes" (para jóvenes), y "Qué son las Drogas" (información general), con una tirada de 1.000 nuevos ejemplares de cada folleto que son distribuidos en los eventos.

LIBRO ANTOLOGIA: Se inició con el Lic. Ilde Silvero la preparación del borrador de contenido y diagramación del libro antología, para recoger información sobre los programas y las experiencias del Proyecto Marandú.

CENTRO DE INFORMACION Y DOCUMENTACION: El Centro de Documentación estuvo presente en todas las actividades organizadas y auspiciadas por el Proyecto Marandú sobre Prevención del Abuso de Drogas con exposición de libros, documentos, videos, posters y demás materiales referentes a la prevención del abuso de drogas. Se entregaron a los participantes folletos informativos y bibliografía de referencia especializada en el tema.

El Centro de Documentación, además de clasificar y catalogar nuevos documentos, atiende a usuarios que acuden al Centro y realiza préstamos de documentos y materiales audiovisuales (videos) a los mismos.

ESTRATEGIA ESCOLAR:

GUIAS DIDACTICAS: Las Guías Didácticas para Maestros y los Cuadernillos para Alumnos sobre Prevención de Adiciones fueron validados en distintas escuelas primarias de la capital e interior del país.

En la validación se constató la necesidad de cambiar algunos términos utilizados en la Guía y el Cuadernillo, y la necesidad de mayor capacitación de los maestros en el manejo de los términos técnicos.

SEMINARIO PARA DOCENTES: Dentro del programa de capacitación de docentes, el Proyecto Marandú organizó, con la colaboración del Grupo Pre-Ver y del Ministerio de Educación y Culto, un seminario dirigido a estudiantes de la carrera de docencia del Instituto Superior de Educación. Participaron 54 alumnos del 1er. y 2do. cursos de Formación Docente. En esta jornada se proporcionó información general sobre drogas y prevención de adicciones.

CAPACITACION DE AUTORIDADES EDUCATIVAS: El viernes 31 de julio se realizó la Primera Jornada para Directores de Colegios Privados de la Capital sobre Prevención del Abuso de Drogas, organizado por el proyecto Marandú y la Fundación Providencia. Participaron 14 representantes de los colegios Técnico Javier, Iberoamericano, Inmaculée Conception. Santa Marta, De la Asunción, Internacional, Santa Clara, De la Providencia, Juan Amos Comenio, Ntra. Sra. del Carmen, Fray Luis de Bolaños, Adventista, Natividad de Santa María y El Divino Maestro.

En esta oportunidad participó como invitado especial, el P. Jesús Montero Tirado, con la exposición sobre "La Reforma Educativa y la prevención del abuso de drogas".

CAPACITACION DE PADRES DE FAMILIA: Dentro de este programa el Grupo de Estudio sobre Alcoholismo y Otras Adicciones (G.E.S.A.) realizó charlas informativas para padres de alumnos de distintos colegios de la capital, sobre Drogas y Prevención.

CAPACITACION DE LIDERES JUVENILES: Se realizó un taller para líderes juveniles de la Parroquia "Medalla Milagrosa". Este evento fue organizado conjuntamente por el Proyecto Marandú y

Fundación Providencia. Participaron representantes de los grupos juveniles de esta parroquia, situada en la ciudad de Fernando de la Mora.

EXTENSION COMUNITARIA:

CAPACITACION DE AUTORIDADES: Dentro del programa de concientización y capacitación de autoridades se realizó el 3er. Taller para autoridades sanitarias en el interior de la República. El mismo tuvo lugar en la ciudad de San Juan Bautista de las Misiones, y participaron los directores regionales de Salud con el staff correspondiente de los Departamentos de Misiones, Ñeembucú, Paraguarí e Itapúa.

El 4to. Taller se realizó en la ciudad de Asunción y participaron directivos y staff de las regiones sanitarias Central (Asunción y San Lorenzo), Cordillera (Caacupé) y Chaco (Villa Hayes).

En la ciudad de Villarrica se realizó el 5to. Taller para autoridades de salud, donde participaron autoridades sanitarias de los departamentos de Guairá, Caaguazú y Caazapá.

En la Municipalidad de Lambaré se realizó un taller para líderes comunitarios. Asistió el Intendente Municipal de Lambaré, así como representantes de los centros de salud, comisiones vecinales y otras organizaciones comunitarias como los Scouts, la Parroquia, etc.

En estos eventos se analizó la situación del abuso de drogas en cada región sanitaria y la comunidad, y se diseñó un programa de prevención para cada una de ellas.

CAPACITACION DE LIDERES: En la Cruz Roja Paraguaya se realizó un curso sobre Tratamiento y Rehabilitación del Farmacodependiente, en módulos desarrollados en sesiones de tres horas cada una, una vez a la semana. Participaron de los mismos, representantes de instituciones que anteriormente fueron capacitados como agentes de prevención.

Instituciones con las cuales colabora el Proyecto Marandú

Como parte de sus actividades concretas, el Proyecto Marandú realiza tareas específicas en coordinación con diversas organizaciones gubernamentales y no gubernamentales. Se trata de entidades que persiguen objetivos afines en el campo de la educación, la salud, la prevención y la asistencia a personas afectadas por el problema del abuso de drogas.

Presentamos a continuación a algunas de estas organizaciones para conocer mejor sus objetivos y actividades habituales.

Fundación Providencia

1. BREVE RESEÑA HISTORICA

Desde 1989 esta Institución viene llevando adelante el Programa de "Educación preventiva contra el abuso de drogas", en base a las directrices impartidas por la CICAD (Comisión Interamericana de Control del Abuso de Drogas) organismo especializado de la OEA.

Desde ese mismo momento, institucionalmente se ha abocado a la tarea de concientización de los jóvenes asumiendo el compromiso de trabajar en dos áreas específicas: Colegios y Parroquias del perímetro urbano de Asunción y ciudades aledañas.

Fueron impartidas charlas de concientización, a cargo de un Equipo de Profesionales, a un total aproximado de 1.100 grupos de personas, totalizando 15.787 participantes en su mayoría jóvenes,

profesores, catequistas y padres de familia de escuelas y parroquias con un promedio de 50 personas por auditorio.

2. JUSTIFICACION

Ante la real amenaza de la escalada de las drogas en la sociedad paraguaya y ante la urgencia de la realización de esfuerzos conjuntos tendientes a neutralizar los efectos de la misma, la Fundación Providencia, como entidad de servicio y sin fines de lucro, se ha comprometido a llevar adelante el Programa de "Educación preventiva contra el abuso de drogas".

Concientes de que uno de los pilares en la lucha contra este flagelo es justamente la educación: que no se agota en la mera información sino, en la formación y exaltación de valores éticos y morales como factores sólidos de prevención y principalmente como motivadora de acciones comunitarias concretas tendientes a despertar la responsabilidad de todos ante este problema.

Por todo ello, la Fundación a través del equipo de Profesionales que trabajan en este programa, ha orientado su esfuerzo en la tarea de Concientización de los jóvenes, profesores y padres de familia de Escuelas y Parroquias, en coordinación con otras Instituciones embarcadas en esta misma tarea.

3. OBJETIVOS

3.1. General

Concientizar a los jóvenes sobre los efectos negativos del uso de drogas, por medio de una campaña de información desde una perspectiva preventiva.

3.2. Específicos

- Sensibilizar a los jóvenes por medio de charlas y conferencias, que tiendan a explicar el fenómeno de la drogadicción, insistiendo en la responsabilidad personal en relación al mismo.
- Concertar la participación de Directivos y Educadores en la ejecución de la campaña.
- Involucrar a los padres de familia en la ejecución de las actividades de prevención.

3.3. Metas

3.3.1. Dictar clases de Prevención de la Drogadicción a un mínimo de 80 grupos de jóvenes de Colegios Secundarios (Básico y Bachillerato) con un total de aproximadamente 2.400 alumnos.

3.3.2. Dictar clases de Prevención de la Drogadicción a un mínimo de 40 grupos de Confirmandos con un total de 1.000 grupos participantes aproximadamente.

3.3.3. Concientizar a un mínimo de 40 grupos de Padres de Familia con un total de 1.000 participantes.

3.3.4. Dictar charlas de concientización a 40 grupos de Movimientos Juveniles con un total de 1.000 participantes aproximadamente.

3.3.5. Concientizar a un mínimo de 30 Directores y 150 Profesores de Colegios Secundarios.

4. ESTRATEGIA Y METODOLOGIA

4.1. Las acciones de prevención se llevan a cabo en coordinación con los Directores (Colegios) y Catequistas (Parroquias).

4.2. Los instructores realizan la tarea de sensibilización en los Colegios o Parroquias.

4.2.1. El trabajo está orientado para los siguientes grupos:

a. Jóvenes de Colegios Secundarios.

b. Jóvenes Confirmandos y Grupos Juveniles de las Parroquias.

c. Profesores de Colegios Secundarios.

d. Padres de Familia (Colegios y Parroquias).

4.2.2. El trabajo es realizado por medio de:

a. Charlas explicativas en grupos pequeños (grupo ideal 30 personas).

b. Conferencias para auditores de jóvenes, profesores y padres de familia.

c. Encuentros y jornadas sectoriales de Colegios, Parroquias y Vicarías.

d. Proyección de películas, slides y videos como disparadores de discusión o debate sobre el problema en cuestión.

5. EVALUACION

Con el fin de verificar el impacto de las jornadas de concientización se elaboran unas fichas de Evaluación, que se entregan al auditorio al concluir las mismas.

G.E.S.A.

El Grupo de Estudio sobre Alcoholismo y otras Adicciones (G.E.S.A.) nació de la reunión de profesionales interesados en el tema y preocupados con el avance del problema de la dependencia en nuestro país. La agrupación no busca integrar solamente a profesionales de la salud sino a otras personas de distintas especialidades (abogados, publicistas, técnicos, etc.)

El objetivo fundamental del G.E.S.A. es la prevención de las adicciones en las personas que aún no las padecen. Se considera que las adicciones no se refieren exclusivamente a las drogas; puede ser también adicción a comidas, al trabajo, etc.

El grupo se propone trabajar específicamente en la investigación de las adicciones mediante la recolección de información y formación de un Centro de Datos a disposición de la comunidad y con trabajos de encuestas.

Se buscará asimismo, la información suficiente y concientización de la población en general sobre la realidad de las adicciones. Se tratará de estusiasmar a los distintos grupos comunitarios para que también se organicen y dediquen parte de sus actividades a tareas de prevención ya que no se puede luchar contra este difícil problema sino mediante el esfuerzo conjunto de la comunidad.

Finalmente, se trabajará en la formación de profesionales interesados en tratar a los adictos y a los que deseen trabajar en prevención dentro de su campo de acción.

G.E.S.A. es una entidad sin fines de lucro y busca integrarse al conjunto de entidades no gubernamentales que desde hace tiempo vienen trabajando en este campo tales como: Alcohólicos Anónimos, Pre-Ver, PUAFE, JOPACAD, Fundación La Esperanza, Fundación Providencia, Cruz Roja Paraguaya, Club de Leones, Rotary Club, Cámara Junior, Centro de Rehabilitación de Alcohólicos del Paraguay, etc. En este sentido, el G.E.S.A. buscará la cooperación con estas entidades y sus similares del gobierno encargadas de la lucha contra las adicciones en razón de que, solamente con la mancomunión de

esfuerzos se puede evitar la extensión de este problema de salud pública y disminuir los daños producidos.

Proyecto: Trabajo con Padres de Familia en prevención primaria de adicciones en escuelas y colegios de Asunción y Ciudades vecinas.

Justificación: La familia es esencial en los programas de prevención. La familia juega un rol principal en el apoyo al niño y al joven en su desarrollo y en la transmisión de valores y normas conductuales.

Los padres son el primer modelo de comportamiento y creencia de los niños. Vigilan sus actividades, conocen a sus amigos y establecen las normas de conducta. Por ello es importante que comprendan su función y responsabilidad en el desarrollo sano de sus hijos.

Por ello debemos educar y concientizar a los padres de los efectos nocivos de las drogas. Prevenir es infundir valores y actitudes que contribuyan a una vida libre de Drogas.

Objetivo General: Informar a los padres sobre la problemática de la drogadicción a fin de lograr cambios de actitudes y reconozcan su función y responsabilidad principal en el desarrollo sano de sus hijos.

Objetivos específicos: Que los padres de familia puedan reconocer los factores bio-psico-social que predisponen al consumo de drogas y cómo actúan los mismos, haciendo énfasis con aquellos factores que inciden directamente en la relación padres-hijo.

Que al término de los trabajos de prevención los padres identifiquen las formas de presentación de las drogas y nombren los síntomas precoces que derivan de su consumo.

Que reconozcan las graves consecuencias no sólo individuales sino también familiares y sociales que lleva aparejado el problema de la drogadicción, especialmente a un porcentaje de la población joven del país; y la necesidad de adoptar medidas que protejan la salud física, psíquica y moral de la población.

Metas: Reuniones de preparación y coordinación del equipo de G.E.S.A. con otras ONG y planeamiento de las actividades a desarrollarse durante el año 1992.

-Desarrollar el Programa en por lo menos seis colegios de Asunción y Gran Asunción.

-Despertar el interés y movilizarlos a fin de que sigan trabajando como agentes de prevención en sus respectivos colegios.

Metodología: El desarrollo del Programa en los colegios consistiría primeramente en realizar un análisis de la audiencia, a través de cuestionarios, test y entrevistas.

La convocatoria de la actividad se realizará en los primeros meses del año escolar, en todos los colegios, considerando que en ese tiempo los padres no están sobrecargados de actividades.

Las invitaciones se harán por diversos medios: avisos personales, medios masivos de comunicación, llamadas teléfonicas.

Se utilizarán todo tipo de material impreso: volantes, afiches, folletos.

La actividad con los padres se hará en forma de taller, de tal forma a involucrarles en la tarea a través de una participación activa que tendrá diferentes etapas:

-Cuestionario inicial.
-Presentación del equipo que va a coordinar la tarea.
-División en grupos de los participantes.
Presentación de los integrantes del grupo con juegos.
-Juegos de integración.
-Preguntas como disparadores de reflexión
-Proyección de mat. audiovisuales.
Plenaria.
Conclusión.

PRE-VER

PRE-VER es una Organización no Gubernamental que trabaja en el ámbito de la salud mental con énfasis en la Prevención de Adicciones y Problemas Vinculados. El equipo técnico está compuesto por profesionales de la psiquiatría y la psicología.

PRE-VER inició sus actividades en setiembre de 1986 y en la actualidad desarrolla los siguientes programas:

POBLACION DE ALTO RIESGO

En coordinación con el Programa Nacional de Lucha contra el SIDA se llevan a cabo trabajos en el ámbito de la prevención, educación y la asistencia. Se focaliza la tarea en la población portadora del VIH, enfermos de SIDA y/o sus familiares, además con poblaciones que presentan alta incidencia de comportamientos de riesgos, así por ejemplo prostitutas, "travestis", poblaciones institucionalizadas, etc.

EVENTOS DE CONCIENTIZACION

Con el objetivo de posibilitar un espacio abierto de discusión para diferentes sectores de la población, se realizan periodica y sistemáticamente paneles-debates u otros eventos, sobre temas vinculados a la Salud Mental, las Drogas y problemas afines, promoviendo la participación en el proceso de elaboración de respuestas comunitarias a la problemática.

UNIDADES EDUCATIVAS

En trabajos que involucran a la Comunidad Educativa (docentes,estudiantes, padres), se realizan jornadas con metodología participativa (grupos, video-debates, dramatizaciones, etc) a fines de concientizar y promover la organización de agentes multiplicadores de tareas de prevención.

MEDIOS MASIVOS DE COMUNICACION

Con fines de concientización de amplia cobertura, se sostienen espacios sistemáticos en medios RADIALES y ESCRITOS. En la actualidad se realizan programas semanales, quincenales y mensuales en las emisoras Nuevo Mundo AM; Cáritas AM; Chaco Boreal FM; Cardinal AM; Curupayty FM.

La programación en estos medios adopta estilos tales como diálogos con invitados, teléfono abierto, exposiciones a cargo de integrantes de PRE-VER, etc.

En los periódicos ABC, ULTIMA HORA y HOY, se colabora con artículos de divulgación sistemáticamente una vez a la semana.

Se tiene prevista la difusión de spots y cuñas televisivas, con el fin de complementar y apoyar los demás programas. Este programa se lleva a cabo en coordinación con el Proyecto Marandú.

CENTRO DE ASISTENCIA PSICOLOGICA (CAP)

Se ofrece a la población afectada por el uso de drogas un servicio gratuito de asistencia y orientación que permita un mejor manejo de su problemática. Este ítem se articula también con el módulo ALTO RIESGO, de esa manera se incluye el tema SIDA y cuestiones vinculadas.

El Centro se constituye también en un espacio de docencia e investigación. Mediante acuerdo con la Fundación Justicia para Todos se posibilita asesoría jurídica para casos que lo requieran. La cobertura del servicio es de lunes a viernes de 14:00 a 18:00 hs.

USO DEL TIEMPO LIBRE

Se vienen implementando jornadas de entrenamiento a líderes, sobre principios y técnicas útiles para el manejo y desarrollo de grupos, mediante procedimientos que estimulan la creatividad y la inventiva en el enfrentamiento de situaciones o tareas.

MEDIOS NO CONVENCIONALES

Una alternativa de llegar a ciertos sectores de la población es recurrir a medios tales como inscripciones en remeras, llaveros, calendarios, carteles, etc.

En ese sentido PRE-VER tiene previsto utilizar esta estrategia que permita complementar las demás acciones a realizar.

SEMINARIOS-TALLERES DIRIGIDOS A LIDERES DE LA COMUNIDAD

Estos eventos de capacitación son programados para personas cuyas actividades están vinculadas a grupos e instituciones sociales y que tienen influencia en esos contextos. El objetivo es preparar agentes multiplicadores de acciones preventivas.

En 1992 se realizarán en total cinco seminarios-talleres e igual número se tiene previsto para 1993.

ELABORACION DE MATERIALES

Independientemente o en cooperación con otros organismos, PRE-VER elabora materiales visuales (folletos), audio-visuales (videos argumentales y/o cortos), audio (cassettes con mensajes para difusión en radios o para discusión en grupos).

Los contenidos de estos materiales tienen como objetivos ya sea la información sobre temas relacionados a drogas y SIDA, como así también servir como disparador de discusiones y reflexiones referidas a esos temas.

DOCUMENTACION SOBRE DROGAS Y SIDA

Además de materiales bibliográficos y de divulgación, se cuenta con un archivo de publicaciones periodisticas sobre los temas vinculados a Drogas y SIDA. Estos materiales son utilizados por miembros de PRE-VER y facilitados a personas interesadas, canalizando la demanda a través del Centro de Asistencia Psicológica (CAP).

MODULO INVESTIGACION

Se realizaron algunos estudios en poblaciones penitenciarias en referencia al problema de las drogas. Dos investigaciones que fueron presentadas como Tesis de Licenciatura pertencen a integrantes de PRE-VER y se refieren al Tabaquismo y a la Publicidad de Alcohol y Tabaco en TV respectivamente.

Se están elaborando actualmente proyectos de investigación que puedan ser realizadas próximamente.

FORMACION DE CONSULTORES EN FARMACODEPENDENCIA Y ALCOHOLISMO

El objetivo es capacitar personas, sean o no profesionales, que puedan brindar atención primaria en casos de farmacodependencia y alcoholismo Esto implica la posibilidad de realizar primeras consultas, orientación, acompañamiento terapéutico, y otras intervenciones necesarias en estos casos

OTROS PROGRAMAS

Se realizan también permanentemente, charlas, videos-debates, etc. a pedido de organizaciones sociales (clubes, asociaciones, parroquias, cooperativas, colegios, etc).

Miembros de PRE-VER participan en equipos de asesoramiento para organismos gubernamentales o no gubernamentales.

Se llevan a cabo programas de concientización sobre drogadicción y salud en general, en comunidades marginales.

Profesionales de PRE-VER integran en la actualidad el equipo médico-psicológico de la Clínica para Alcoholismo de la "Asociación para la Prevención y Rehabilitación del Enfermo Alcohólico"(APREA).

Se implementa en este momento un programa experimental para la formación de Agentes de Prevención, cuya duración promedia es de 12 meses.

***

PRE-VER mantiene relaciones de cooperación con los siguientes organismos: Comunidad Económica Europea, Embajada Norteamericana, Proyecto Marandú, Dirección de Beneficencia y Ayuda Social (DIBEN), Helvetas, Rueda Femenina del Rotary Club Asunción.

****

Cruz Roja Paraguaya

La Oficina de Prevención y Promoción de la Salud, dependiente del Departamento de Desarrollo de la Cruz Roja Paraguaya, viene trabajando en la institución en cooperación con los otros departamentos desde el año 1987, realizando actividades de prevención primaria de adicciones consistentes en charlas informativas, paneles y debates, concursos de redacción sobre el tema para alumnos de colegios y escuelas, capacitación de agentes de prevención, etc.

Una tarea fundamental de la Oficina es la formación de agentes de prevención, para lo cual viene realizando desde hace varios años seminarios, cursos y talleres con ese objetivo. Varias de estas actividades fueron realizados en conjunto con otras instituciones no gubernamentales y gubernamentales dedicadas a la prevención de adicciones.

En colaboración con el Centro de Protección al Diabético organiza charlas informativas sobre la diabetes y grupos de terapia para los afectados por esta enfermedad.

La oficina realiza asimismo tareas de educación sexual para jóvenes de colegios públicos y privados.

Conjuntamente con los departamentos de Juventud y de Socorro de la Cruz Roja, la Oficina de Prevención organiza reuniones informativas con jóvenes de los clubes juveniles de esta institución.

Jóvenes Paraguayos contra las Adicciones

- JOPACAD -

Organización No Gubernamental integrada por jóvenes voluntarios, trabaja principalmente con el sector juvenil de la población paraguaya mediante charlas, debates y reuniones de intercambio de experiencias de vida.

Promueve la participación comunitaria del joven y la utilización constructiva del tiempo libre como método de evitar el uso de drogas entre sus pares.

JOPACAD ha extendido su acción a varias ciudades importantes del interior de la República, en las que se han organizado filiales.

Anualmente realiza un Congreso Nacional "Por una Juventud Libre de Drogas", reuniendo a jóvenes de la capital e interior.

Resumen de eventos realizados por el Proyecto Marandú

FECHA	EVENTO	Nº Participantes
1990		
Dic. 4	Seminario Taller para educadores sanitarios. Presentación de video.	30 educadores
1991		
Feb. 25 al 27	Seminario-Taller para Docentes del ISE	49 docentes
Marzo 14	Taller de Estrategias de Comunicación.	20 participantes
Marzo	Mesa Redonda con directores y principales periodistas.	10 participantes
Abril 1 al 3	Seminario-Taller para educadores sanitarios.	15 educadores
Mayo	Concientización de padres. Colegio Nacional Ysaty, Colegio Santa Clara	-- o --
Junio 29 y 30	Jornadas de entrenamiento de líderes. Ciudad del Este	66 líderes
Junio	Concientización de padres. Colegio Apostólico San José	20 padres
Julio 13	Taller para periodistas.	15 participantes
Julio	Seminario para docentes del Centro Regional de Educación Jim Connett	34 docentes
Julio 20 y 21	Jornadas de entrenamiento de líderes. Encarnación	80 líderes
Agosto	Capacitación de padres. Colegio Santa Clara y Asociación Cristiana de Jóvenes	-- o --
Setiembre 14 al 21	Semana Nacional de Prevención. Cinco eventos.	
TOTAL DE EVENTOS PRIMER AÑO: 13		**339 participantes**

Octubre 7 al 12	Evaluación año11 y planificación año II	
Octubre 9	Presentación del Proyecto Marandú a autoridades de la Embajada Americana.	
Octubre 19	Seminario de capacitación para docentes indígenas. Filadelfia, Chaco.	78 participantes
Octubre 3	Taller de capacitación de padres. Asociación Cristiana de Jóvenes	20 padres
Octubre 24	Taller de capacitación de padres. Asociación Cristiana de Jóvenes	10 padres
Octubre	1ª Reunión preparatoria de Taller para padres del Colegio Técnico Nacional.	25 padres delegados
Noviembre 16	Seminario sobre propuestas de la Ley 1340 Legisladores del Congreso Nacional.	30 legisladores
Dic. 18	Seminario-Taller para miembros de las Fuerzas Armadas	43 oficiales

1992

Marzo	Charlas para estudiantes del Colegio Inmaculée Conception Providencia 4to., 5to., y 6to. cursos.	
Marzo 19, 21	Taller para Educadores de la Salud	17 educadores
Abril	Charlas para estudiantes Col. Pablo L. Avila. Jornadas para concientización de líderes estudiantiles del ciclo básico y del bachillerato del Colegio Nuestra Señora del Carmen	60 jóvenes
Abril 24 y 25	2º Taller para Educadores de la Salud.	15 participantes
Mayo 30	Seminario-Taller para periodistas. El Rol de los Periodistas ante el problema de las Drogas.	29 perdiodistas
Mayo 5	2º Taller para docentes	16 docentes
Mayo 12	Taller para padres y estudiantes en el Colegio de Enseñanza Técnica de la localidad de Fernando de la Mora	10 padres
Mayo 30	1er. Taller para padres de Colegios de Ñemby	350 padres
Mayo, 1992	Programa de información-concientización para alumnos de colegios sección nocturna, considerados grupos de riesgo. Col. Antequera y Castro. Informe Dra. Berta Ojeda	60 alumnos
Mayo, 1992	Reunión de los agentes de prevención coordinados por la Cruz Roja.	14 participantes
Junio 29 y 30	III Seminario-Taller para docentes.Asunción	30 profesores y supervisores

Junio 6	Taller para padres de familia en Ñemby. Colegio Carlos A. López	370 padres
	Taller para padres en San Bernardino. Colegio Juan H. Pestalozzi	150 padres
Junio 13	Jornada de capacitación para Autoridades de Salud de la IV Región Sanitaria, Concepción y X Región Sanitaria, Pedro Juan Caballero.	21 profesionales
Junio 21	Jornada de capacitación para autoridades de Salud de la IV Región Sanitaria, C, del Este	15 profesionales
Junio 22 y 27	Semana Nacional de Prevención. 22 Eventos.	
Julio 13 al 18	Taller "Estrategias de Comunicación para la prevención del Uso de Drogas"	25 representantes
Julio 31	Primera Jornada para Directores de Colegios Privados de la Capital. Catorce Colegios	14 representantes
Julio 24	Tercer taller para autoridades sanitarias. San Juan Bautista. IV y X Regiones Sanitarias	17 participantes
Agosto 28	IV Taller para autoridades de salud. Regiones Central, Cordillera y Chaco.	19 participantes
Setiembre 30	Seminario para estudiantes de la carrera de docencia del I.S.E.	54 alumnos
Setiembre	Capacitación de Agentes de Prevención. Cruz Roja Paraguaya	10 participantes
Octubre	Validación de las guías didácticas para 4to., 5to., y 6to. del área primaria.	35 alumnos por aula
Noviembre 13	5to. Taller para autoridades de salud en Villarrica, Guairá, Caazapá y Caaguazú.	19 participantes
Noviembre 28	Taller para líderes comunitarios del municipio de Lambaré	28 representantes
Diciembre 4	Taller para padres de la Primera Iglesia Bautista del Paraguay	15 padres
Diciembre 19	Taller para líderes juveniles. Parroquia Medalla Milagrosa de Fernando de la Mora	15 representantes
TOTAL DE EVENTOS SEGUNDO AÑO: 34		**1.426 participantes**

¿Qué son las drogas?

La droga, algo de lo que constantemente oímos hablar en los diarios o en los noticiosos de TV, pero de lo que, con frecuencia, tenemos escaso conocimiento e información.

Sabemos que hay un intenso tráfico de drogas, sabemos que alguien las consume... pero no sabemos que a veces el consumidor está más cerca de lo que pensamos.

Para tener una información general sobre este tema, es necesario conocer un vocabulario mínimo que permita comprender el cuadro de clasificación de las drogas.

VOCABULARIO BASICO

La droga, en general, es un producto natural o preparado, de efecto estimulante, deprimente o alucinógeno, capaz de generar dependencia o toxicomanía entre sus consumidores.

Consumidor: El que usa drogas en forma:

a. Ocasional

b. Habitual con dependencia síquica o física

Dependencia: Relación que se crea entre el consumidor y la droga o drogas que toma; las necesita tomar de forma continuada o periódica para experimentar los efectos físicos o síquicos y, a veces, para evitar la sensación de malestar que le produce la falta de droga.

Drogadicto: Es la persona que pierde su libertad ante la droga ya que se ha habituado a ella de tal modo que ya, aunque quiera, no puede dejar de consumirla, no puede prescindir de ella.

Farmacodependencia: Drogarse con remedios, en forma abusiva, no controlada por el médico.

Síndrome de abstinencia: Sensación de incomodidad al no poder obtener la droga; excitación, nerviosismo (si se trata de una dependencia síquica) o molestias y dolores notables (en caso de

dependencia física).

Tolerancia: A la necesidad de una dosis cada vez mayor para alcanzar la sensación de bienestar se le llama tolerancia.

¿QUE CLASES DE DROGAS EXISTEN?

Existen muchas drogas que afectan la mente o el comportamiento, y pueden ser legales e ilegales. Las drogas legales son aquellas cuya venta ha sido aprobada mediante recetas o directamente en el mostrador. El alcohol, que puede consumirse legalmente en las bebidas excepto por los menores de edad, es una droga. Las drogas ilegales son aquellas cuya fabricación, venta, compra con fines de venta o posesión están prohibidas por las leyes. Se incluyen en esta categoría drogas como la marihuana, la cocaína, el PCP y la heroína, o aquellas aprobadas pero que se han obtenido por medios ilícitos o usadas para propósitos ilícitos.

Las drogas que se expenden con receta son aquellas que se ha determinado que son inocuas, eficaces y legales sólo cuando se administran bajo la dirección de un médico. La fabricación y el expendio de estas drogas están reglamentados por leyes cuya aplicación está controlada por las autoridades nacionales. Si se consumen en forma inapropiada, algunas personas pueden volverse físicamente dependientes del uso de ciertas drogas que se expenden con receta (por ejemplo, la morfina y el Valium).

Las drogas ilegales se venden y se usan en contravención de las leyes. Pueden perjudicar a quienes las usan, no sólo en términos del daño físico y emocional directo que originan, sino en términos de las consecuencias criminales y financieras que ocasionan.

CLASIFICACION DE LAS DROGAS

Una primera clasificación responde al tipo de comercialización, es decir: legales e ilegales, a las que hay que añadir los fármacos cuyo uso es legítimo, con receta y bajo control médico, pero el uso descontrolado se considera ilícito.

Una segunda clasificación depende del efecto que ejercen sobre el cerebro: depresores, estimulantes y alucinógenos.

	Droga	Efecto
Legales	Alcohol	Depresor
	Tabaco	Estimulante
	Café	

Fármacos Productos que se venden bajo receta y cuya venta y consumo sin control se prestan al abuso y son ilícitos.

Barbitúricos (Luminal, luminaletas, gardenal)	**Depresor**
Ansiolíticos (Valium)	
Anfetaminas (Adelgazantes, Pondinol)	**Estimulante**
Analgésicos (Aspirinas)	

Otros productos De libre uso y comercialización, pero que a veces se usan para conseguir efectos para los cuales no fueron fabricados.

Ilegales	Inhalantes	Nafta, acetonas, colas, tinner	Depresor
	Opiáceas	Morfina Heroína	Depresor
	Coca	Cocaína	Estimulante
	Cannabis	Marihuana Hachís	Alucinógeno
	Nativas	Floripón Hongo	Alucinógeno
	Químicas	LSD	Alucinógeno

UN RECORRIDO POR LAS DROGAS

Alcohol: Droga con efectos tranquilizante y anestésico que en dosis menores produce deshinibición y se pierde el control sobre el comportamiento, situación peligrosa para la conducción de vehículos y para personas inestables emocionalmente. Grandes dosis de alcohol deprimen al cerebro ocasionando somnolencia y dificultades para la coordinación de los movimientos.

El consumo continuado de alcohol puede producir dependencia además de varios trastornos en el hígado, corazón, cerebro, sistema de reproducción, etc.

El alcoholismo es la adicción al alcohol y es la toxicomanía más común en nuestro país. El consumo de bebidas alcohólicas es fuertemente estimulado por la propaganda, sobre todo por televisión.

Según un importante estudio epidemiológico realizado recientemente, el 35,6% de 800.000 personas (población estudiada) abusó alguna vez del alcohol. En Asunción el 7.4% de jóvenes entre 12 y 17 años lo hace de manera regular.

Constituyen cantidades abusivas:

4 rayas de wisky o caña	3 rayas de caña "clandé"	dos botellas y media de cerveza	cuatro vasos de vino

Tabaco: Su uso es muy extendido y sus consecuencias son muy negativas, crea adicción y perjudica seriamente la salud de los que fuman y de los que son víctimas de los fumadores (fumadores pasivos).

Los efectos más comunes del tabaco son la bronquitis, el asma y la tos del fumador.

Puede ocasionar cáncer de pulmón, laringe.

Café: Bebida estimulante de uso muy frecuente en nuestro medio, contiene cafeína. Sus efectos son estimulantes ante la fatiga y la somnolencia. En cantidades importantes produce dependencia.

La cafeína afecta al ritmo y frecuencia cardíaca y también a la presión arterial. La cafeína se encuentra también en el té, la coca-cola, el chocolate, etc.

Morfina: Es un subproducto del opio, que se extrae de una variedad de la amapola. Se utiliza en medicina para calmar dolores intensos. Produce dependencia física importante.

Heroína: Mucho más fuerte que la morfina (diez veces más) es hoy día una de las drogas más peligrosas. Normalmente se vende en forma de polvo blanco que se inyecta diluído en agua.

Esta droga produce la sensación de placer y bienestar en forma rápida. Una vez aumentada la tolerancia, ya no es el placer lo que se busca sino evitar el malestar que produce la abstinencia.

Cocaína: Producida principalmente en Perú y Bolivia, se extrae de una planta que, mascada por los naturales, tiene un efecto estimulante.

La coca se industrializa y exporta a todo el mundo; es una de las drogas más caras. Su gran difusión se debe al fuerte efecto euforizante que posee. Al césar el consumo la depresión es notoria.

Marihuana: Es producto de la planta "cannabis", procedente de la India. De sus hojas se obtiene la marihuana y de la resina el hachis.

Se la puede consumir fumando o por ingestión. Su efecto depende del estado emocional del consumidor; puede ser depresivo o alucinógeno. El consumo continuado produce trastornos en las funciones del cerebro (memoria, aprendizaje), en el estado emocional (apatía), y en los pulmones (bronquitis crónica).

Floripón: (Datura arborea) planta de grandes flores rojas o blancas que se consumen como infusión. Es un alucinógeno de gran potencia.

Hongo: Crece debajo de los excrementos de vacas y caballos en el campo; masticado puede producir efectos de LSD.

LSD: Considerada una droga eminentemente alucinógena o sicodélica.

Su nombre científico es el ácido lisérgico. Es apta para evadirse de la realidad en el mundo de la fantasía.

Barbitúricos: Son remedios usados para dormir que actúan sobre el cerebro. Sus efectos son la relajación y el sueño, con el abuso y sin control médico producen dependencia física y síquica, aumentan la tolerancia y síndrome de abstinencia. Si se mezclan con el alcohol sus efectos son imprevisibles.

Ansiolíticos: Otros productos farmacéuticos que en forma similar a los barbitúricos tienen efectos sedativos, pero con dependencia mucho menor, son usados en forma abusiva como droga.

Anfetaminas: Son productos farmacéuticos que con frecuencia sustituyen a la cocaína. Son usadas porque con ellas se estimula la competitividad y el rendimiento en el trabajo (el doping de los deportistas). Es muy negativo para las personas que las han consumido (sueño, fatiga y depresión).

Analgésicos: Los analgésicos se han difundido enormemente entre la población. En concreto la "aspirina" y similares son de consumo masivo.

Inhalantes: Hay una serie de sustancias que en su origen no tenían nada que ver con la acción que tienen sobre el sistema nervioso, tales como la nafta, las acetonas, las colas, el tinner, etc. que inhaladas producen efectos alucinantes, a la vez que cierto mareo y exaltación, apareciendo también todo más coloreado.

Estas sustancias por lo asequibles y por el desconocimiento que hay acerca de sus propiedades, se vuelven muy peligrosas para jóvenes inexpertos.

¿COMO Y POR QUE SE EMPIEZAN A CONSUMIR DROGAS?

¿Cómo y por qué las personas comienzan a consumir alcohol y otras drogas? No existe una sola respuesta a esta pregunta. Sin duda, en el caso de muchos jóvenes, el consumo de alcohol y otras drogas se inicia como reacción a la presión de los compañeros. Es natural que los jóvenes deseen "encajar", es decir, ser aceptados por sus amigos o sus compañeros de clase.

Cualesquiera que sean las razones, el primer uso de drogas puede

ser peligroso. Las investigaciones demuestran que una vez que se ha comenzado a consumir alcohol u otras drogas, muy frecuentemente se sigue una secuencia predecible que conduce a problemas derivados de su uso.

El abuso de drogas comienza con frecuencia con uso ilícito de drogas legales y con el consumo de alcohol (que es ilegal para los menores) y el tabaco; en muchos casos los usuarios pasan de esas sustancias a la marihuana. Algunos usuarios, incluso más de la mitad de los adolescentes que consumen estas sustancias, con el tiempo pasan a consumir otras drogas ilícitas o combinaciones de drogas. Por esta razón, el alcohol, el tabaco y la marihuana han sido denominados con frecuencia drogas "de paso". El uso de drogas como la cocaína y la heroína es raro en personas que no han consumido previamente alcohol, tabaco o marihuana.

¿CUALES SON LOS EFECTOS FISICOS Y PSICOLOGICOS DE LAS DROGAS?

El alcohol, sustancia natural derivada de la fermentación que se produce cuando el azúcar reacciona con la levadura, es el principal ingrediente activo del vino, la cerveza y las bebidas destiladas. Si bien existen muchos tipos de alcohol, el que se encuentra en las bebidas alcohólicas es el alcohol etílico. El alcohol etílico puede producir una sensación de bienestar, tener un efecto sedante, de intoxicación o de inconsciencia, dependiendo de la cantidad y la forma en que se ingiera.

El alcohol es una droga "psicoactiva", o sea, que altera las facultades mentales, como la heroína y los tranquilizantes. Puede alterar el estado de ánimo, originar cambios corporales y crear hábito. El alcohol es una droga "depresora" porque deprime el sistema nervioso central. Por ello, el consumo exagerado de alcohol ocasiona reacciones lentas, dificulta el habla y a veces produce inconsciencia (pérdida de conocimiento). El alcohol actúa sobre la parte del cerebro que controla las inhibiciones.

No es preciso que una persona sea alcohólica para experimentar problemas con el alcohol. Todos los años, muchos jóvenes pierden la vida en accidentes relacionados con el alcohol; por ejemplo, accidentes automovilísticos, mueren ahogados o por suicidios. Pueden ocurrir -

y de hecho ocurren- muchos problemas de salud antes de que los bebedores alcancen el estado de adicción o uso crónico.

Según estudios, un alto porcentaje de las admisiones en los hospitales están relacionadas con el uso del alcohol. Algunas de las enfermedades graves asociadas al consumo crónico de alcohol incluyen el alcoholismo y el cáncer de hígado, estómago, colon, laringe, esófago y pecho. El abuso de alcohol también puede ocasionar graves problemas físicos como:

* afecciones al cerebro, el páncreas y los riñones;
* presión arterial, ataques cardíacos y derrames;
* hepatitis alcohólica y cirrosis;
* úlceras al estómago y el duodeno, colitis e irritación del colon;
* impotencia e infecundidad;
* defectos de nacimiento y síndrome alcohólico fetal, cuyos efectos incluyen atraso mental, bajo peso al nacer, tamaño reducido de la cabeza y anormalidades en las extremidades.;
* envejecimiento prematuro; y
* otros desórdenes, como una reducida inmunidad a las enfermedades, dificultad para dormir, dolores musculares y edema.

MARIHUANA

Contrariamente a la creencia de muchos jóvenes, la marihuana es una droga perjudicial, especialmente desde que la potencia de la marihuana que ahora puede consumirse ha aumentado más de un 275 por ciento en la última década. Para los que ahora fuman marihuana, el peligro es mucho mayor que en la década de 1960.

Los estudios preliminares han demostrado la existencia de enfermedad crónica de los pulmones en los usuarios de la marihuana. La marihuana contiene más agentes conocidos productores de cáncer que el cigarrillo. De hecho, como los fumadores de marihuana procuran mantener lo más posible el humo en sus pulmones, un cigarrillo de marihuana puede resultar tan perjudicial para los pulmones como cuatro cigarrillos de tabaco.

Aún en pequeñas dosis, la marihuana puede afectar la función de la memoria, distorsionar la capacidad de percepción, obstaculizar el juicio y reducir la capacidad motora. Sus efectos sobre la salud también incluyen la aceleración de los latidos del corazón, y en

algunas personas, el aumento de la presión arterial. Estos cambios constituyen un riesgo para la salud de cualquier persona, pero particularmente para quienes padecen de condiciones cardíacas y circulatorias anormales, como alta presión arterial y el endurecimiento de las arterias.

Más importante aún es la creciente preocupación acerca de la forma en que la marihuana utilizada por niños y adolescentes puede afectar su desarrollo a corto y largo plazo. El primer uso de la marihuana produce cambios en el estado de ánimo. Las observaciones realizadas en clínicas han señalado una mayor apatía, pérdida de ambición, pérdida de eficacia, menor capacidad para llevar a cabo planes a largo plazo, dificultad de concentración y una reducción en el rendimiento en la escuela y el trabajo. Muchos adolescentes que terminan en programas de tratamiento de drogas comenzaron a consumir marihuana a temprana edad.

Conducir un automóvil bajo la influencia de la marihuana resulta especialmente peligroso. La marihuana afecta la capacidad de conducción por un período de por lo menos cuatro a seis horas después de haber fumado un solo cigarrillo. Cuando se la consume junto con alcohol, afecta aún más la capacidad para conducir.

COCAINA

La cocaína es una de las drogas más adictivas y es una droga que puede conducir a la muerte. Nadie puede predecir si se convertirá en adicto o si la próxima dosis de cocaína resultará mortal. La cocaína puede aspirarse por la nariz, fumarse o inyectarse. La inyección de cocaína -como la de cualquier otra droga- presenta el peligro adicional de infectarse con el virus de inmunodeficiencia humana (HIV), que produce el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), si el usuario comparte la aguja con una persona que ya está infectada por el virus.

La cocaína es un poderoso estimulante del sistema nervioso, incluso el cerebro. La droga acelera el ritmo cardíaco y al mismo tiempo estrecha los vasos sanguíneos, que procuran absorber el flujo adicional de sangre. Las pupilas se dilatan y aumenta la temperatura y la presión arterial. Estos cambios físicos pueden estar acompañados de convulsiones, paro cardíaco, paro respiratorio o derrames.

El empleo de la cocaína produce problemas nasales, incluso congestión y mucosidad, y su uso prolongado puede provocar la desintegración de la membrana mucosa de la nariz. El fuerte consumo de cocaína puede producir suficiente daño al tabique nasal como para ocasionar que se desintegre.

Las investigaciones han demostrado que la cocaína actúa directamente sobre los llamados "centros de placer" del cerebro. Estos centros de placer son estructuras cerebrales que al estimularse, producen un intenso deseo de experimentar el efecto placentero una y otra vez. Ello origina cambios en la actividad cerebral, y al permitir que una sustancia química del cerebro llamada dopamina permanezca activa por un período mayor que el normal, estimula un fuerte deseo de consumir más droga.

Con frecuencia los usuarios experimentan una sensación de inquietud, irritabilidad y ansiedad, y la cocaína también puede producir paranoia. Los usuarios también experimentan depresión cuando no consumen la droga y en muchos casos vuelven a usarla para aliviar una mayor depresión. Además, encuentran que necesitan mayores cantidades con mayor frecuencia para generar el mismo nivel de estímulo. Por lo tanto, su uso puede conducir a la adicción.

PCP

El PCP es una alucinógeno; es decir, una droga que altera las sensaciones, el estado de ánimo y la conciencia y distorsiona los sentidos del oído, el tacto, el olfato o el gusto, así como las sensaciones visuales. Se emplea legítimamente como anestésico para los animales. Cuando es consumido por los seres humanos, el PCP produce un profundo alejamiento de la realidad, que hace que el usuario tenga un comportamiento extraño y una fuerte desorientación. Estos efectos pueden producir graves heridas o muerte al usuario que se halla bajo la influencia de la droga.

En algunas personas, el PCP produce una sensación de depresión mental. Su consumo regular con frecuencia perturba la memoria, la capacidad de percepción, concentración y el juicio. Utilizado en forma crónica, puede producir cambios permanentes en la capacidad cognoscitiva (pensamiento), la memoria y las funciones motoras.

Las madres que consumen PCP durante el embarazo con frecuencia

tienen niños que padecen perturbaciones visuales, auditivas y motoras. Los niños también muestran episodios de agitación y otros cambios de percepción similares a las reacciones que sufren los adultos intoxicados con PCP.

HEROINA

La heroína es una droga opiácea ilegal. Sus propiedades adictivas se manifiestan en la necesidad de un uso persistente y repetido de la droga (ansia) y por el hecho de que los intentos de dejar de consumirla producen marcados y dolorosos síntomas físicos de retiro de la droga. El consumo de heroína provoca problemas físicos y psicológicos como falta de aliento, nausea, pánico, insomnio y la necesidad de dosis cada vez mayores de la droga para pr[illegible] los mismos efectos.

La heroína ejerce su primer efect[illegible]ictivo mediante la activación de muchas regiones del cerebro, en las que se producen las sensaciones de placer y dependencia física. La acción conjunta de estas consecuencias produce pérdida de control y hábito.

La heroína es una droga que principalmente se inyecta directamente en la vena con una aguja. Esta forma de uso se denomina inyección intravenosa (conocida comúnmente como IV) Ello significa que la aplicación de la droga puede tener graves consecuencias. El dosaje incierto (debido a diferencias en la pureza de la droga), el empleo de equipos no esterilizados, la contaminación de la heroína con agentes de mezcla o el uso de la heroína en combinación con otras drogas como el alcohol o la cocaína puede producir graves problemas de salud como la hepatitis sérica, abscesos cutáneos, inflamación de las venas y enfermedades cardíacas (endocarditis bacteriana subaguda). Reviste gran importancia el hecho de que el usuario nunca sabe si la próxima dosis será extraordinariamente poderosa o ocasione una sobredosis, coma o posible muerte.

El intercambio de jeringas por parte de los usuarios está convirtiéndose rápidamente en una parte de las principales causas de nuevos casos de SIDA. El virus del SIDA se transmite a través de la sangre contaminada que queda en la aguja, la jeringa u otros implementos relacionados con la droga que se inyectan a otro usuario que utiliza esos equipos para inyectarse heroína u otras drogas. El SIDA no tiene cura y no existe una vacuna conocida para prevenirlo.

El uso de heroína durante el embarazo está relacionado con abortos y partos de fetos muertos. Los niños que nacen adictos a la heroína deben someterse al retiro de la droga después de nacer, y presentan diversos problemas de desarrollo.

Los signos y síntomas del uso de heroína incluyen euforia, somnolencia, depresión respiratoria (que puede incrementarse hasta que se detiene la respiración), contracción de las pupilas y náusea. Los síntomas del retiro de la droga incluyen lagrimeo, mucosidad en la nariz, bostezos, pérdida de apetito, temblores, pánico, escalofríos, sudores, náusea, calambres musculares e insomnio. A medida que avanza el proceso de retiro se produce aumento de la presión arterial, las pulsaciones, el ritmo respiratorio y la temperatura.

Los síntomas de la sobredosis de heroína incluyen falta de aliento, pupilas del tamaño de un punto, viscosidad de la piel, convulsiones y coma.

DROGAS ANALOGAS

Mediante la modificación de la estructura química de ciertas drogas para producir drogas análogas, los químicos clandestinos han logrado crear las que a veces se llaman "drogas modificadas", una clasificación que incorrectamente les proporciona cierto atractivo. Estas drogas son sustancias químicas estructuralmente similares a las drogas medicinales o ilegales, pero que han sufrido alteraciones que las convierten en compuestos diferentes y que figuran en la lista de sustancias peligrosas.

METANFETAMINA

La metanfetamina es un poderoso estimulante. La versión común de esta droga se fabrica ilegalmente en laboratorios clandestinos. También se la conoce como "speed" o "crystal" cuando se ingiere o se inhala; como "crank" cuando se inyecta; y como "ice" cuando se fuma. En todas sus formas, es extremadamente peligrosa y produce efectos debilitantes de larga duración.

Bibliografía Consultada

Astolfi, Emilio; Gotelli, Carlos; Kiss, Jorge. Toxicomanías: aspectos toxicológicos, psicológicos, sociológicos, jurídicos, médico-legales, criminalistas, criminológicos. Buenos Aires: Universidad, 1989, 238 p.

Bernnet, William J. Cómo actuar: escuela sin drogas. Washington: Secretaría de Educación de los Estados Unidos, 1987. 80 p.

Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas. Manual para promotores en prevención del abuso de drogas: guía para trabajar con adolescentes. Lima: CEDRO, 1990. 143 p.

Dusek, Dorothy E.; Girdano, Daniel A. Drogas: un estudio basado en hechos. 4ta. ed. México: Sistesa, 1990. 259 p.

Estados Unidos. Department of Education. Drug prevention curricula: a guide to selection and implementation. Washington: U.S. Department of Education, 1988. 65 p.

Estados Unidos. Development Associates. Evaluación de necesidades para un programa contra el consumo de drogas en Guatemala; informe final: Development Associates, 1990. 110 p.

Estados Unidos. Development Associates. Narcotics awareness and education project: semi-annual report nº 2 November 15, 1990 - May 14, 1991. Washington: NAE Project, 1991. 55 p.

Estados Unidos. OSAP. Department of Health and Human Services. Que se puede hacer respecto al consumo de drogas en America. Roskwille: OSAP, 1991. 58 p. (OSAP. Drug-free Communities Series).

Instituto Latinoamericano de Naciones Unidas para la prevención del delito y Tratamiento del delincuente (ILANUD). Educación para la prevención del uso indebido de drogas en colegios secundarios de alto riesgo en Costa Rica. San José: ILANUD, Abril 1990. 12 p.

Jutkowitz, Joel M.; Day, Harry R. Proyecto de información y educación sobre narcóticos: encuesta sobre prevalencia de drogas y actitudes en Panamá urbana. Arlington, VA: Development Associates, Abril 1992. 32 p.

Jutkowitz, Joel M.; Eu, Hongsook. Drug prevalence in Latin American and Caribbean countries: Narcotics Awareness and Education Project, March, 1993. 23 p.

Ley nº 1340: que modifica y actualiza la ley nº 357/72 que reprime el tráfico ilícito de estupefacientes y drogas peligrosas y otros delitos afines y establece medidas de prevención y recuperación de farmacodependientes. Asunción, 1989. 20 p.

Manual de comunicación para programas de prevención del uso de drogas. Arlington, VA: Development Associates, Abril, 1992. 107 p.

Nann, Peggy. ¡Alerta mariguana! 2da. ed. México: EDAMEX, 1990. 650 p.

OEA. Departamento de Asuntos Educativos (PREDE). Oportunidad de crecer: la educación frente al abuso de drogas. Washington: PREDE, 1987. 150 p. (Monografía Educativa; nº 12).

Proyecto Marandú del Comité Paraguay-Kansas. Estudio sobre salud mental y hábitos tóxicos en el Paraguay. Asunción: Comité Paraguay-Kansas. 1991. 181 p.

Shroeder, Richard S. Mundo de las drogas. 4ta. ed. México: EDAMEX, 1990. 238 p.

Simón G., José Luis. Drogadicción y narcotráfico en Paraguay: una aproximación al problema y al objeto de estudio en un proceso de transición. Asunción: Centro Paraguayo de Estudios Sociológicos, 1990. 47 p.

Snyder, Solomon H. Drogas y cerebro. Barcelona: Biblioteca Scientific American, 1992. 240 p.

Editor del libro:
Ilde Silvero
Benjamín Constant 973. Primer piso
Oficina 121 - Tel. 44 70 14
Asunción, Paraguay

00 8701