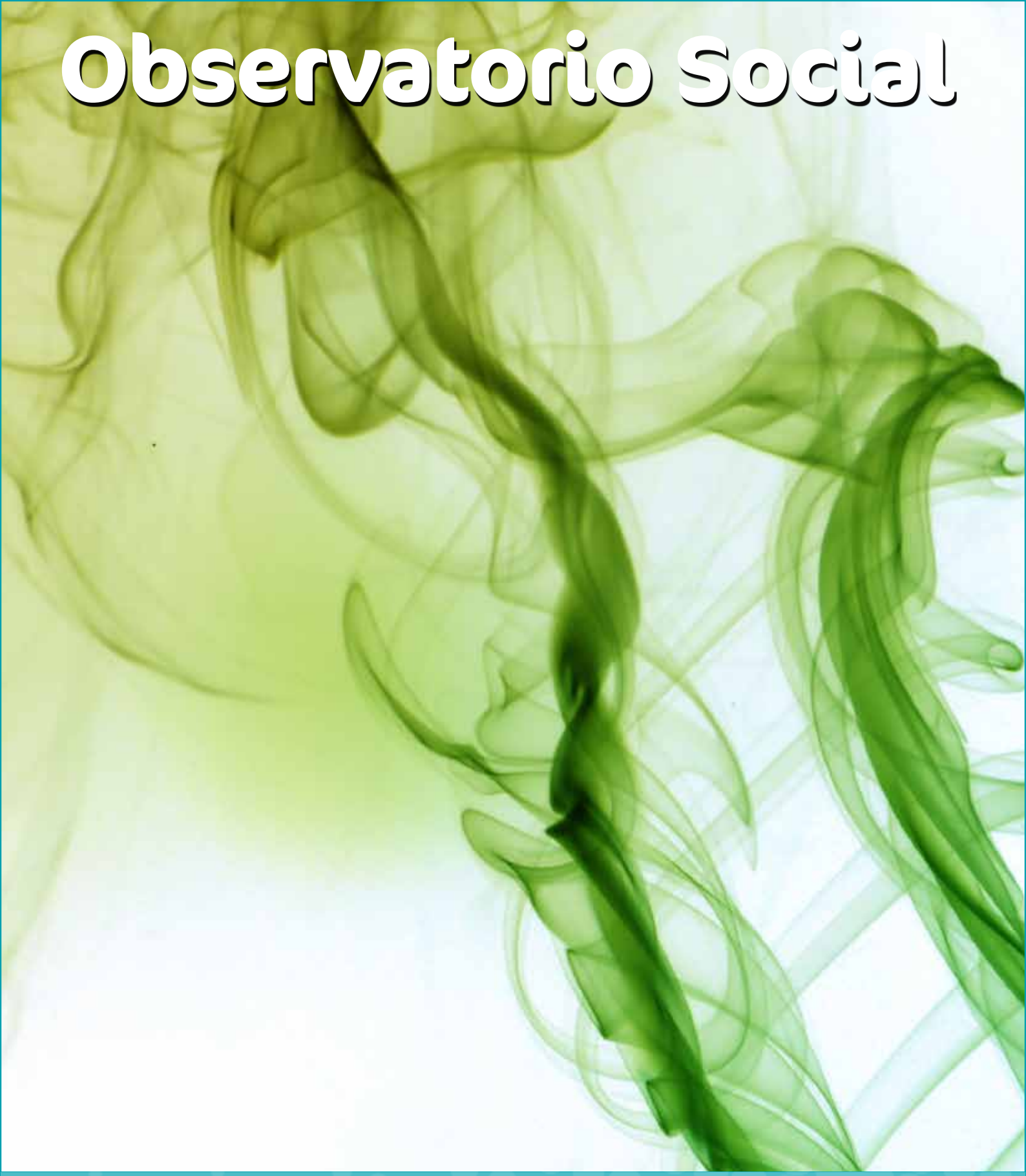
Observatorio Social



Una visión desde la intervención en lo social

Adicciones | 32

Observatorio Social
Publicación trimestral de la Asociación Civil Observatorio Social
Número 32 • Agosto 2011

Av. de Mayo 1437, 4° G, (C1085ABE),
Ciudad Autónoma de Buenos Aires
República Argentina
Teléfonos: (+54 11) 4384.6125 ó 4384.6128
observatorio@observatoriosocial.org.ar
http://observatoriosocial.org.ar

Directores
Gabriela V. Agosto
Miguel Paradela Di Riso
Propietario
Asociación Civil Observatorio Social
Editores
Fernanda Schilman
Malena Rimedio
Comité editorial
Dra. Esther del Campo, Dra. Sonia Draibe, Lic. Rodrigo Gómez Iza, Dr. Oscar Luengo, Dr. Rafael Martínez Puón, Dr. Aldo Neri, Lic. Guillermo Pérez Sosto, Dr. José Ruiz Valerio, Lic. Eduardo Suárez, Dr. José Sulbrandt.
ISSN 1667-586X
Docke diseño y comunicación
Queda prohibida la reproducción total o parcial del contenido sin la previa autorización del editor.
Las notas firmadas son responsabilidad de sus autores.

Sumario #32

En esta oportunidad presentamos la trigésimo segunda edición de nuestra revista que lleva por título: **"Adicciones: Una visión desde la intervención en lo social"**.

Las adicciones en sus diferentes dimensiones y manifestaciones (dependencia a una sustancia, actividad, relación) constituyen un fenómeno bio-psico-social que se caracteriza por su complejidad y multicausalidad. Refleja un problema de cultura, valores, conductas y opciones; y cualquier acercamiento que intente realizarse a la temática debe abordar necesariamente aspectos más profundos de las personas y no sólo los circunstanciales, recurriendo a una mirada sociocultural.

En esta edición se pretende reflexionar sobre las diferentes manifestaciones y el lugar que las adicciones ocupan en nuestra sociedad, sus efectos sobre las familias, individuos e identidad, la percepción social, vulnerabilidad, acceso, tolerancia, imaginarios y discursos en materia de adicciones. Conocer las iniciativas de intervención preventiva y experiencias de trabajo existentes en la región, y la necesidad de construir una mirada integral y colectiva de abordaje, se constituye en uno de los objetivos prioritarios de esta edición.

Observatorio Social
Comprender mejor para hacer mejor

4 **Ana María Zanutto,** es miembro de la Asociación Argentina de Tabacología (ASAT) y del Comité de Expertos de la Guía Nacional de Control de Tabaco del Ministerio de Salud de la Nación. En este artículo expone cómo la problemática del tabaquismo es tanto un problema político como una cuestión sanitaria y de en qué manera es responsabilidad de los gobiernos reducir las consecuencias de esta pandemia, desarrollando medidas eficaces de control de tabaco siguiendo las sugerencias de los organismos internacionales (Organización Mundial de la Salud OMS, Organización Panamericana de la Salud OPS) y las guías nacionales e internacionales de tratamiento de esta adicción.

8 **Patricia C. Ampola y María Mercedes Luengo,** son directoras del Centro Krysol y se desempeñan como consultoras en tratamiento de adicciones. En su artículo "Industrias de juego compulsivo versus juegos de azar" aportan una reflexión acerca de la necesidad de una mirada holística para establecer estrategias y políticas que eviten el juego compulsivo.

12 **Verónica Brasesco y Roberto Canay,** desde su experiencia en el Observatorio en Políticas Públicas en Adicciones, del Ministerio de Desarrollo Social del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, dan cuenta de cómo la participación comunitaria constituye en sí misma una forma de relación que propicia la distribución de poder en la toma de decisiones referentes a los intereses de la ciudadanía, definiendo de esta manera un abordaje amplio de los problemas vinculados al consumo de drogas.

16 **Ignacio O'Donell** coordina el Programa de Intervención Asistencial Comunitaria: Dispositivos Ambulatorios y Desarrollo Comunitario en barrios de alta vulnerabilidad y villas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y da cuenta en este artículo de la experiencia de los Centros de Intervención Asistencial Comunitaria (CIAC).

Tabaquismo: enfermedad adictiva

Ana María Zanutto

La epidemia de tabaquismo es responsable de más de 6 millones de muertes anuales a nivel mundial. El tabaquismo es la primera causa de muerte evitable.

¿Qué es el tabaquismo?

La epidemia de tabaquismo es un problema internacional con devastadoras consecuencias sanitarias, sociales, económicas y ambientales que hoy es responsable de más de 6 millones de muertes anuales a nivel mundial, y de costos sanitarios y ambientales que exceden las recaudaciones fiscales por impuestos al tabaco. Esta epidemia representa la primera causa de muerte prematura evitable a nivel mundial. De no tomarse medidas de control de tabaco, para 2030 el tabaquismo podría matar a ocho millones de personas por año.[1]

El consumo de tabaco ocasiona enfermedad cardiovascular, cáncer, accidente cerebrovascular y Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). La nicotina es una sustancia adictiva, y los cigarrillos y algunos otros productos que contienen tabaco están diseñados con el fin de crear y mantener la dependencia.

¿A qué llamamos adicción?

El vacío, la soledad, la baja autoestima y el dolor que surgen de los asuntos inconclusos y aún de las necesidades básicas no resueltas, crean la motivación y la conducta dominante que se hace manifiesta en nuestras sociedades: encontrar algo o alguien que termine con el dolor, ese algo o alguien es la adicción.

La adicción pone en marcha mecanismos que mantienen a la persona fuera de contacto con lo que siente y con lo que piensa. Estar fuera de contacto es el aspecto psicológico que yace bajo todas las conductas adictivas.

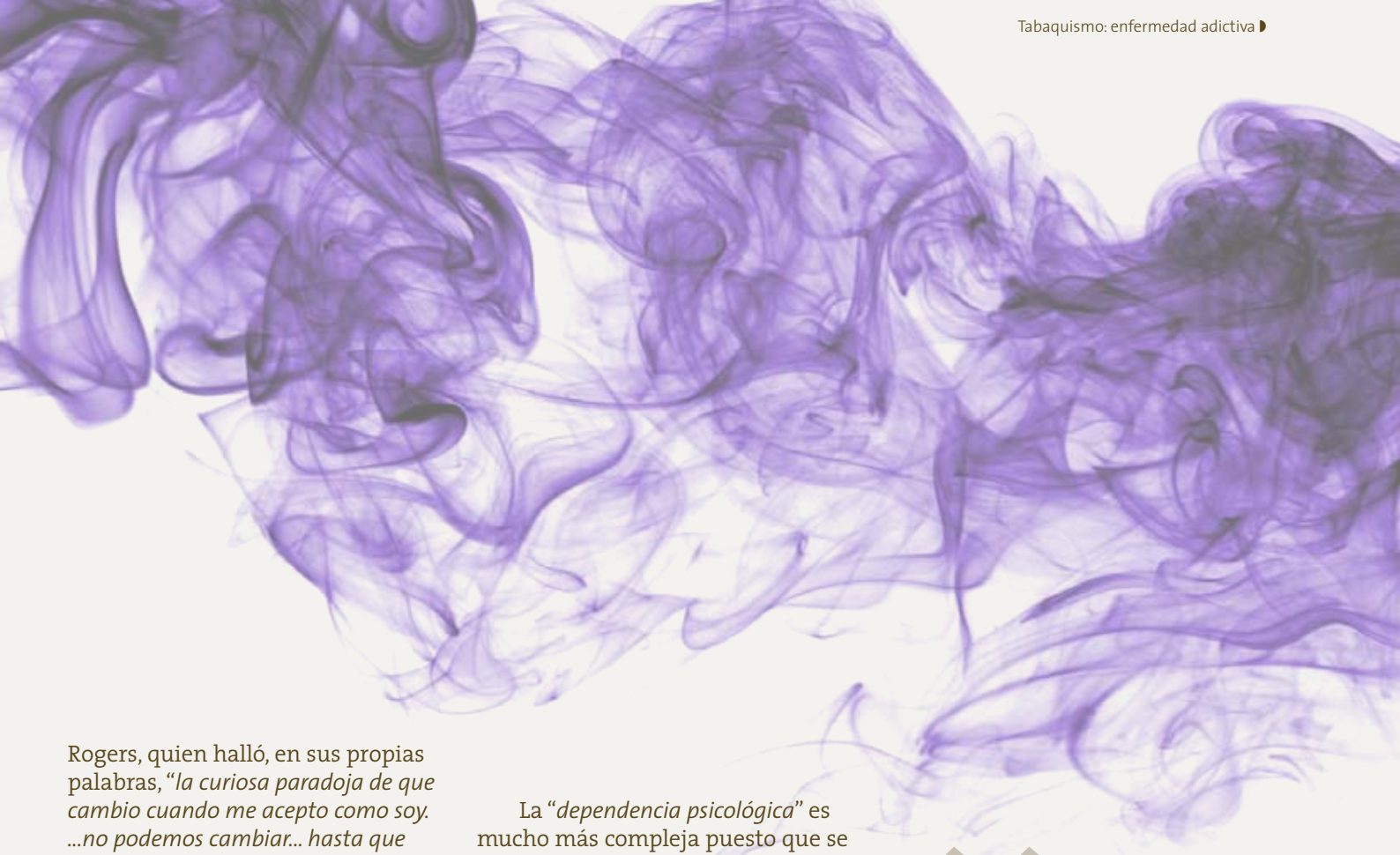
La adicción no se da de repente. Puede empezar por hábitos que nos hacen sentir bien y luego empiezan a convertirse en conductas compulsivas. Finalmente pasan a expresarse como adicciones cuando dan como resultado problemas emocionales, conductuales y sociales.

"*Una adicción nos impide darnos cuenta de lo que está pasando dentro de nosotros.*" A veces buscamos soluciones de balance cognoscitivo como llegar a una mejor comprensión del problema, pero una cosa es conocer intelectualmente la enfermedad y otra, completamente distinta, el proceso hacia la recuperación.

El punto de partida se encuentra en el descubrimiento de Carl

1- Ponencia presentada en el 6° Congreso Argentino "Tabaco o Salud" realizado en el Sheraton Córdoba Hotel los días 4, 5 y 6 de agosto de 2011.

Ana María Zanutto *es licenciada en Servicio Social y coordinadora del consultorio de Cesación Tabáquica Sanatorio "Dr. Julio Méndez". Es miembro de la Asociación Argentina de Tabacología (ASAT) y del Comité de Expertos de la Guía Nacional de Control de Tabaco, Ministerio de Salud de la Nación.* annyzant@gmail.com



Rogers, quien halló, en sus propias palabras, "*la curiosa paradoja de que cambio cuando me acepto como soy. ...no podemos cambiar... hasta que aceptamos completamente lo que somos. Luego el cambio llega casi sin que lo notemos*". Este enunciado está hablándonos del origen de la congruencia humana. Por congruencia queremos decir ser conscientemente capaces de sentir fisiológicamente nuestros sentimientos y permitirles que se simbolicen con precisión. Asumir nuestras adicciones no es sólo sanarlas, sino a través y mediante ellas, dejarnos conducir dentro del proceso de integración personal, comunitario y ecológico al que estamos llamados.

¿Y la adicción al tabaco?

La adicción al tabaco se sustenta en una "*triple dependencia*": la dependencia física o química, la dependencia psicológica y la social, haciendo que esta adicción tenga características especiales.

Cada pitada, de cualquier cigarrillo, provoca a nivel cerebral una "*agradable*" descarga de dopamina (recompensa dopamínica) en el Núcleo Acumbens, mientras que el no fumar provoca una "*desagradable*" descarga de noradrenalina en el Locus Cerúleus. Estos núcleos del tronco cerebral intervienen en los mecanismos del deseo y la abstinencia.

La "*dependencia psicológica*" es mucho más compleja puesto que se trata de un fenómeno absolutamente personal arraigado en las costumbres, la personalidad, la familia, el trabajo, los vínculos, el dolor, y una innumerable cantidad de fenómenos propios del ser humano, que no necesita esconderse para fumar porque está protegido culturalmente.

El cigarrillo se incorpora a la personalidad del fumador, formando parte de sus gestos y autoimagen, haciendo de "*el fumar*" un estilo propio de vida.

Finalmente, la "*dependencia social*" es cultural, ya que durante muchos años fumar "*simbolizó*": seguridad, socialización, adultez. El fumar está fuertemente influenciado por factores culturales, familiares, hereditarios y de personalidad.

Cabe destacar que el papel de la mujer en la epidemia tabáquica es crucial y no sólo por las repercusiones que el consumo de tabaco pueda tener sobre su organismo, sino por el rol que la mujer ocupa dentro de la sociedad.

En la conferencia "*Las mujeres y el tabaco: comprender el pasado, cambiar el futuro*" (París, Noviembre de 1998), se puso de manifiesto que el tabaquismo en la mujer era uno de los problemas sanitarios más preocupantes a nivel mundial por el incremento que el consumo de

"Cada pitada, de cualquier cigarrillo, provoca a nivel cerebral una "agradable" descarga de dopamina (recompensa dopamínica) en el Núcleo Acumbens, mientras que el no fumar provoca una "desagradable" descarga de noradrenalina en el Locus Cerúleus. Estos núcleos del tronco cerebral intervienen en los mecanismos del deseo y la abstinencia.

tabaco está teniendo en la población femenina, por el aumento de patologías comunes a la especie y específicas de género, y por las características de inicio, mantenimiento y cesación del hábito tabáquico, instando a que se articulen medidas capaces de controlar esta situación.

Además, el tabaco no sólo daña la salud de las personas que fuman sino también la de los que los rodean. El 15% del humo del cigarrillo es inhalado por el fumador y el 85% restante se distribuye en el aire ambiental.

El humo que inhala el fumador pasivo se compone por el exhalado por el fumador activo y por el de la corriente lateral o secundaria, que contiene hasta tres veces más nicotina y alquitrán que el de la corriente principal (que aspira el fumador) y unas cinco veces más de monóxido de carbono.

Un fumador pasivo expuesto a altas concentraciones de humo ambiental, durante una hora, inhala una cantidad equivalente a dos o tres cigarrillos, lo que puede evidenciarse por las concentraciones de cotinina en orina.

El humo del cigarrillo se propaga y permanece en el ambiente hasta 15 días después de que se apaga el cigarrillo. Calificado por la Agencia Ambiental de los Estados Unidos, cancerígeno tipo "*A*". No hay exposición mínima al humo de tabaco que no sea dañina para la la salud.

Resulta por lo tanto impostergable proteger los derechos de los no fumadores.

"El humo que inhala el fumador pasivo se compone por el exhalado por el fumador activo y por el de la corriente lateral o secundaria, que contiene hasta tres veces más nicotina y alquitrán que el de la corriente principal (que aspira el fumador) y unas cinco veces más de monóxido de carbono.

¿Cuál es la estrategia de la industria tabacalera?

La industria tabacalera desde siempre ha negado la existencia del vínculo causal entre tabaquismo y tabaquismo pasivo con enfermedad y muerte. La publicidad de cigarrillos ha sido su estrategia de comercialización, influyendo de manera decisiva en los niños y adolescentes ofreciéndoles un sinfín de caminos para que su proceso de convertirse en adultos sea más fácil.

El mensaje general es: con un cigarrillo puedes ser o hacer todo lo que quieras.

Por supuesto que esto se consigue situando al tabaco en un mundo irreal o muy deseable por el joven y en el cual se pueda ver reflejado.

Los artículos promocionales y los premios obtenidos por fumar cigarrillos cumplen varias misiones. Respecto a los artículos promocionales, se ha comprobado cómo los jóvenes que los llevan tienen el doble de posibilidades de convertirse en fumadores. Los premios, por un lado, aumentan el interés por el consumo para poder conseguir el objeto deseado y por otro, convierten al sujeto que los lleva en hombre-anuncio. Los artículos más habituales que se pueden conseguir son: ropa, música, artículos de electrónica, artículos deportivos, etc. Además, patrocinar eventos deportivos, musicales, y de otro tipo es una herramienta fundamental de mercadeo para la industria tabacalera.

Dada la naturaleza global del problema, no es fácil para los países, sobre todo aquellos en vías de desarrollo, enfrentarse al mismo. El Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) es el primer tratado internacional de salud pública que proporciona un marco legal internacional para el control del tabaco y constituye una solución efectiva y de bajo costo para reducir las enfermedades, muertes, daños al ambiente y a la economía causados por el consumo de tabaco. Fue aprobado por unanimidad en la 56 Asamblea Mundial de la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 21 de mayo de 2003 y entró en vigor el 27 de febrero de 2005. El CMCT ya ha sido

ratificado por 172 países. Argentina lo firmó en 2003 pero el Congreso Nacional lleva una demora de 8 años en ratificar esa firma. Desde esa fecha, han muerto en nuestro país más de 320.000 personas por enfermedades vinculadas al tabaco.

En Argentina el 30 % de la población adulta fuma. Se producen más de 40.000 muertes anuales como causa directa del consumo y 6.000 muertes de personas no fumadoras por exposición al humo de tabaco ajeno. Esto equivale a 110 muertes por día e implica un costo económico de 7.000 millones de pesos anuales destinados a tratar las enfermedades causadas por el tabaco, de las cuales la industria tabacalera no se hace cargo.

Por lo tanto, el control del consumo de tabaco constituye un componente clave de política pública y sus estrategias centrales son:

- **Monitorear la problemática del tabaquismo y evaluar el impacto de las políticas destinadas a disminuir y prevenir el consumo.**
- **Proteger a la población con políticas de ambientes 100 % libres de humo en todos los lugares cerrados.**
- **Brindar ayuda para dejar de fumar.**
- **Incluir advertencias sanitarias con imágenes en los paquetes de cigarrillos.**
- **Prohibir la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco.**
- **Aumentar los precios de los cigarrillos y de los impuestos al tabaco.**

Hasta el momento contábamos con leyes, decretos y ordenanzas municipales y provinciales, en junio del corriente año se sancionó la Ley Nacional de Control de Tabaco N° 26.687, siendo una medida de salud pública cuyo objetivo es garantizar el derecho a la salud de toda la población, pero aún queda por ratificar el CMCT. Somos el único país de Latinoamérica que no lo ratificó y de los pocos países del mundo, junto con Haití y Afganistán.

¡El camino a la recuperación es posible!

Si entonces consideramos al tabaquismo como una enfermedad adictiva y al fumador como un adicto, éste debe recibir intervención terapéutica para incitarle, animarle o ayudarle a dejar de fumar. La forma e intensidad del tratamiento que se brinde a cualquier fumador depende de las características de cada fumador, del grado de motivación que el paciente tenga para dejar de fumar, así como su grado de dependencia física y psíquica. Estos tratamientos deben realizarse en sus dos modalidades: individual o grupal.

De acuerdo a las más recientes normativas, todos los fumadores que estén en fase de preparación deben recibir dos tipos de intervención: una conductual encaminada a combatir la dependencia psíquica que pudieran padecer, y otra farmacológica para aliviar la abstinencia en forma de terapia sustitutiva o medicación específica.

La problemática del tabaquismo es tanto un problema político como una cuestión sanitaria, por lo que hay que abordarla con un enfoque multisectorial y multidisciplinario. La responsabilidad de los gobiernos es reducir las consecuencias de esta pandemia, desarrollando medidas eficaces de control de tabaco siguiendo las sugerencias de los organismos internacionales (OMS, OPS) y las guías nacionales e internacionales de tratamiento de esta adicción. ★

Bibliografía

Parnell H, Slató E. Salleras: Manual de Diagnóstico y Tratamiento del tabaquismo., Tabaco y riesgos, Editorial Médica Panamericana. Madríd, 1996.

Environmental Protection Agency. Respiratory Health effects of passive smoking. Lung cancer and other disorders. Washin gton, DC: office of Health and Environmental Assessment,1992.

Organización Mundial de la Salud. "*La mujer y el tabaco. La mujer y el uso del tabaco*". Ginebra, 1993.

Banco Mundial-OPS/OMS: "*La Epidemia de Tabaquismo. Los Gobiernos y los Aspectos Económicos del Control del Tabaco*". Washington DC. Publicación Científica N°577, 2000.

Organización Panamericana de la Salud. "*La rentabilidad a costa de la Gente*". Washington DC. USA. 2002.

Unidad Especializada en Tabaquismo. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. "*La asistencia clínica en el tabaquismo*". Comunidad de Madrid. 2009.

Juan B. Prado Flores, Más allá del ciclo adictivo "*Dolor/placer, placer/dolor*". Un modelo actualizado para la comprensión, el tratamiento y la prevención de las adicciones. www.marlenespindler.com.ar/es/.../masalladelciclo.php

www.msal.gov.ar/

www.msal.gov.ar/htm/site_tabaco/index.asp

Industria de juegos de azar versus juego compulsivo

Patricia C. Ampola y María Mercedes Luengo

La industria del juego de azar, promueve una oferta diversa e importante en el mundo laboral. Como contracara encontramos consecuencias negativas que pueden afectar a algunas personas, que por problemas multicausales, quedan atrapadas en la desdicha de un juego compulsivo basado en ideas irracionales que alimentan apuestas desacertadas. Una mirada holística de la industria del juego exige implementar políticas actualizadas que faciliten el control del juego compulsivo.

Patricia C. Ampola y María Mercedes Luengo *son directoras del Centro Krysol y consultoras psicológicas del Instituto Holos. Ambas se desempeñan como consejeras en tratamiento de adicciones en la Universidad de Miami y la UNTREF, operadoras sistémicas, focusing trainers, terapeutas de ENDR, TIC y técnicas de psicologia de la energía.* amapolapat@gmail.com; luengomercedes@yahoo.com.ar

La consideración tradicional de las personas que quedaban ligadas al juego compulsivo, como "*viciosas, egoístas*", contribuyó a su falta de reconocimiento por los profesionales de la salud a nivel mundial.

Recién a finales del siglo XX, tanto en Europa como en los Estados Unidos, este trastorno fue incorporado en los manuales psiquiátricos y reconocido por los mismos como tal.

Se define a la *ludopatía* como una conducta adquirida, basada en un juego desadaptativo, persistente y recurrente que altera el normal desempeño de la persona y la lleva a tener problemas personales, familiares, laborales y sociales, en función del grado del compromiso que tenga con el juego.

Más allá del sector de la población que queda involucrado con el juego, nos gustaría mencionar las distintas dimensiones implicadas en los juegos de azar, dado que generalmente no se las relaciona entre ellas y todas son importantes en sí mismas. O se habla del juego compulsivo, o se habla de apertura de casinos, o de máquinas tragamonedas que se compran, pero difícilmente se habla de todas las industrias que promueven los juegos de azar. No es la intención detenernos en las mismas, sino llevar al lector a una reflexión, dado que ellas, no sólo brindan una numerosa y variada oferta laboral, tan importante para estos tiempos, sino que también a partir de las cuantiosas ganancias obtenidas de la recaudación y del cumplimiento de los correspondientes aportes, beneficia a sectores necesitados de la población.

Muchas son las personas que concurren a estos centros de diversión en compañía de pares a disfrutar de la gran variedad de ofertas de ocio que los mismos ofrecen.

Como contracara se enuncian las consecuencias negativas que pueden afectar a algunas personas que quedan atrapadas en un juego compulsivo, basado en ideas irracionales que alimentan apuestas desacertadas.

Y entonces nos preguntamos, ¿Cómo se llega a ser jugador compulsivo y quedar atrapado en este juego sin fin?

Cuando intentamos dar respuesta a este interrogante surgen factores implicados en la aparición y mantenimiento de este trastorno, desde los biológicos hasta los culturales, pasando por los individuales, familiares y sociales; se abre así, un abanico de posibilidades que varía su preponderancia según la persona.

La consideración del juego como patológico depende de una suma de factores como la frecuencia, la cantidad de tiempo y dinero invertido y las dificultades que la persona va experimentando en las distintas áreas de su vida como la económica, laboral, familiar y social entre otras.

Para clasificar los distintos tipos de jugadores, se expondrá la clasificación realizada por Ochoa y Labrador, de 1994.

1. **Jugador social: se refiere a aquellas personas que juegan ocasionalmente sin que interfiera en sus actividades personales y sin dependencia emocional.**
2. **Jugador profesional: toma al juego como forma de trabajo, sin dependencia emocional.**
3. **Jugador problema: asiste con regularidad al juego y ocasionalmente sufre una pérdida de control de sus impulsos que lo sorprende.**
4. **Jugador compulsivo o patológico: es aquel que tiene pérdida de control, interferencia de sus actividades cotidianas y depende emocionalmente del juego.**

Podemos decir que la conducta de juego patológico y las influencias familiares están vinculadas en tres sentidos, por un lado en su etiología, por otro como factor precipitante y

> Se define a la *ludopatía* como una conducta adquirida, basada en un juego desadaptativo, persistente y recurrente que altera el normal desempeño de la persona y la lleva a tener problemas personales, familiares, laborales y sociales, en función del grado del compromiso que tenga con el juego.

finalmente como factor contribuyente para el cambio.

Con respecto a la etiología, la familia de origen fomentaría un marco relacional donde la conducta de juego se considera "*adecuada*", es decir, algunos problemas vitales que el individuo enfrenta pueden "*resolverse*" adoptando el juego como respuesta. Es probable que lo que defina esta situación no sea una etiología basada en la vivencia o aprendizaje de un problema concreto de juego, sino un estilo disfuncional general de la relación, el cual potenciaría formas de conducta que intentan eludir el problema relacional básico, como puede ser una insuficiente comunicación o estrategias familiares disfuncionales. Entonces, como un intento de enfrentar el problema relacional básico de estas familias, aparece el juego en alguno de sus miembros. Suelen pasar varios años desde que una persona empieza a jugar hasta que llega a vivenciar su malestar, el período que transita el individuo hasta que se evidencia el trastorno de los mecanismos de autocontrol de la conducta, en este caso el juego patológico, oscila entre cinco a siete años aproximadamente.

Los consultantes en recuperación refieren generalmente un período de inicio en donde el juego aparece como una fuente de entretenimiento, que le permite tomar distancia de sus problemas cotidianos.

Cuando la familia y el jugador comprenden y aceptan la problemática, los sentimientos van modificándose y se obtiene, como resultado favorable al sistema, mayor colaboración y compromiso que predispone a la búsqueda de nuevas alternativas en el marco de la relación. Para que el fenómeno se produzca es muy importante que el propio jugador pueda sentir y comunicar el deseo de reparar y salir adelante, contactando a su vez lo que le sucede a quienes lo rodean.

El hombre es un ser biopsicosocial, es decir que su sistema está conformado por distintos subsistemas y cualquiera de ellos que se vea afectado desfavorablemente será un factor permeable visto desde el campo de la ludopatía.

La tarea del consultor es compleja, tanto el ludópata como su familia se encuentran inmersos en un mundo de sufrimiento y dolor, un mundo donde reina la mentira y el reproche, donde la confianza se desvanece día a día. El profesional no debería coligarse con ningún miembro de la familia en forma permanente, sino más bien tiene que unirse de forma temporaria en diversas coaliciones desde la empatía, pero sin apoyar a nadie contra nadie. La empatía es el ingrediente fundamental en la construcción del vínculo terapéutico, contribuye a fortalecer el vínculo, estimular la autoexploración, chequear la comprensión, focalizar la atención. Es un desafío utilizar los intereses y motivaciones del consultante, en primer lugar se trata de redescubrirlas en el espacio terapéutico y trabajar para que la persona vuelva a conectarse consigo misma. La compulsión es la base de los trastornos obsesivos y la mentira repetitiva está relacionada con personalidades inflexibles y de conducta rígida.

En las primeras entrevistas se tendrán en cuenta las distintas áreas, las cuales servirán para realizar preguntas orientadoras que permitan realizar un entramado que vaya acercándonos a la vida del consultante. Las áreas implicadas son: biológica, afectiva, de las sensa-

"Cuando la familia y el jugador comprenden y aceptan la problemática, los sentimientos van modificándose y se obtiene, como resultado favorable al sistema, mayor colaboración y compromiso que predispone a la búsqueda de nuevas alternativas en el marco de la relación.

ciones, de la imaginación, cognitiva, conductual, social, laboral.

Es importante identificar las distintas etapas dentro de la formulación de una problemática:

a. Clara definición del problema en términos concretos.
b. Investigación de las soluciones intentadas y fracasadas.
c. Definición del cambio concreto a realizar.

De la observación clínica podemos concluir que a medida que la conducta sintomática desaparece o se modifica, la relación conyugal y familiar del consultante va conformando un nuevo equilibrio, en donde cada individuo tendrá que encontrar su nuevo rol dentro de la dinámica familiar que se empieza a gestar.

Aparece el juego como relleno de un vacío afectivo que puede darse como consecuencia de distintas circunstancias, como la pérdida de la pareja, crisis vitales (nido vacío, jubilación, etc.), ausencia de sentido de la vida. En el inicio puede ser un intento por llenar un hueco dejado por un cónyuge que se marcha o se muere, o por la pérdida de trabajo, o distintas situaciones que se van vivenciando. La intolerancia a las emociones negativas que aparecen en estos momentos (tristeza, bronca, desasosiego) conducen a la búsqueda de evasión de la situación dolorosa. Admitir que el juego es un problema en su vida implica confrontar la soledad, el vacío y la falta de rumbo vital.

En el espacio terapéutico, es de destacar que la confianza intrínseca del terapeuta con respecto al consultante y al cambio deseado, bajo una atmósfera de respeto y seguridad presente en el encuentro, facilita el despliegue y desarrollo de las potencialidades. Este salto cuántico en la capacidad potencial del otro para aprender, este creer en el otro, se define como efecto Pigmalión, es el poder de la energía que el toro percibe cuando se tiene fe en su capacidad de cambio. El escritor Ovidio escribe, en su obra Metamorfosis, sobre una leyenda de la mitología en la que Pigmalión, un escultor, da forma de mujer a una estatua llamada Galatea de quien se enamora perdidamente.

Cierto día, pasa por el lugar Afrodita, la diosa del amor, quien al ver el amor que Pigmalión profesa por esa mujer decide darle vida. Cuando Pigmalión quiere agradecer a Afrodita tal acción, la diosa le dice que ella sólo ha sido la intérprete del profundo amor que captó en él hacia esa estatua de mujer. Pero la verdadera causa por la que Galatea tomó vida fue por el profundo amor que él siente por ella.

Creemos que la recuperación es posible, y para ello es necesario ofrecer un espacio de ayuda terapéutica que contemple las diversas áreas del ser humano, utilizando herramientas que se vayan adecuando a las necesidades de las personas implicadas. En este tipo de problemática en particular es necesario ofrecer espacios de trabajo individual, familiar y grupal, para que el abordaje sea holístico. Pero esta temática en particular la dejamos para un próximo encuentro: el juego compulsivo. ★

Bibliografía

Fernández Alba, Ana y Labrador, Francisco: Juego Patológico, Sintesis, 2002.

Garrido Miguel, Jaén Pedro, Domingez Ana (compiladores) Ludopatía y relaciones familiares, Paidós, 2004.

Minuchin Salvador : Familias y terapia familiar, Gedisa, 1986.

Prieto Ursua, María: Para comprender la adicción al juego, Desclee de BROUWER, 1999.

El sentido social en la investigación epidemiológica en adicciones

Verónica Brasesco y Roberto Canay

La problemática del consumo de sustancias psicoactivas es definida como compleja y multidimensional, por lo tanto obliga a recurrir a enfoques renovadores dentro de la epidemiología que permitan abordajes a la medida de dicha complejidad. Estos nuevos enfoques deben contemplar componentes participativos que a su vez impacten en las políticas públicas. La epidemiología crítica marca un rumbo en este sentido, que se refleja en diferentes experiencias como la epidemiología comunitaria en el campo de las adicciones.

Brasesco Verónica *es Ph D. en Psicología, Universitá degli Studi di Bologna, Italia. Investigadora principal del Observatorio en Políticas Públicas en Adicciones del Ministerio de Desarrollo Social del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. mvbrasesco@gmail.com*

Canay Roberto *es Mg en "Salute Mentale di base", Universitá degli Studi di Cagliari, Italia. Director del Observatorio en Políticas Públicas en Adicciones, Ministerio de Desarrollo Social, Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Titular de Psicología Comunitaria en la Universidad del Salvador. Titular de Psicología Preventiva en la Maestría en Salud Mental de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires (APDEBA). roberto_canay@yahoo.com.ar*

El sentido social en la investigación epidemiológica en adicciones

Desde el cuestionamiento de la epidemiología clínica por parte de la epidemiología crítica en los años 70, indicando que se trataba de una herramienta de conocimiento de las enfermedades propias del capitalismo, la inclusión del concepto comunidad fue definitiva para la comprensión del fenómeno del consumo de sustancias y el diseño de estrategias de intervención. El movimiento de la epidemiología crítica no casualmente surge en Latinoamérica, donde autores como J. Breilh inician la contestación a un modo de entender la enfermedad, alejada del componente social.

Breilh (2003) indica al respecto que la epidemiología debe considerar las relaciones de "*producción-propiedad*" y "*poder*" como condiciones objetivas de la materialidad social que determina la salud en el contexto de una determinada circunstancia histórica. Considera necesario recuperar y acentuar las formas humanas de trabajo, los derechos del consumidor, los derechos y equidad étnica y de género y el manejo seguro del entorno ecológico en pos de alcanzar la salud colectiva. Este contexto permite abordar la problemática del consumo dañino de sustancias dentro de un complejo marco de causalidad bio-psico-social. La crítica al causalismo del perfil epidemiológico clínico, introduce la noción de triple iniquidad (clase social, género y etnia), la interculturalidad y la integración lógica (triangulación de técnicas cuanti y cualitativas), es decir la inclusión de factores socio culturales que permiten comprender el consumo de sustancias como un proceso colectivo que se verifica en el seno de comunidades.

Este contexto de transformación de la epidemiología permite que se generen las condiciones necesarias para el desarrollo de experiencias novedosas específicas sobre problemáticas vinculadas al consumo de drogas. Este es el caso de los grupos de trabajo en epidemiología comunitaria en los años 70 en los Estados Unidos, redimensionando y poniendo en primer plano el rol de la comunidad[1] y los trabajadores de "*trinchera*"[2] como clave para la producción de transformaciones duraderas en el tratamiento de las personas con problemas vinculados con el consumo de sustancias psicoactivas; o la experiencia de Centros de Estudios Locales (SEDRONAR/CONICET) a fines de la década del 90 en Argentina.

El desarrollo de la epidemiología crítica, y de la consideración y elaboraciones teóricas acerca de los procesos y el sentido comunitario, dio lugar al desarrollo de una "*epidemiología comunitaria del consumo de sustancias psicoactivas*", que propone más que abordajes "*en*" grupos humanos, abordajes "*con*" grupos humanos. Estos grupos pueden o no ser comunidades con una identidad colectiva definida, pero donde prima una visón epidemiológica que tiene por objetivo la promoción y desarrollo comunitario en sentido amplio, contextuado en una búsqueda participada y colectiva de equidad de las condiciones de vida, incluyendo los problemas vinculados al consumo de sustancias psicoactivas.

La epidemiología comunitaria entiende que la participación es un mecanismo democrático imprescindible por medio del cual la comunidad se constituye en agente promotor y tutor de la propia salud, se socializa la política en consumo problemático de sustancias y se amplía el campo de lo público hacia esferas de la comunidad. Por esto, se trata de una epidemiología que incide en la política pública a través de estrategias de elaboración de información local, procesos consultivos donde las comunidades colaboran en la ejecución de tareas que contribuyen al desarrollo y gestión de programas y, a través de la generación de proyectos colectivos de gobierno y la toma de decisiones estratégicas para el sistema de salud. En síntesis, la participación comunitaria constituye en sí misma una forma de relación que propicia la distribución de poder en la toma de decisiones referentes a los intereses de la ciudadanía, **DEFINIENDO DE ESTA MANERA UN ABORDAJE AMPLIO DE LOS PROBLEMAS VINCULADOS AL CONSUMO DE DROGAS, A LA MEDIDA DE UNA PROBLEMÁTICA MULTIDIMENSIONAL Y PREEMINENTEMENTE SOCIAL.★**

1- Cuando hablamos de comunidad hacemos referencia al conjunto de personas que viven en un mismo lugar y entre las cuales hay establecidos ciertos nexos, funciones en común y cierta organización (Bleger, 1966). Es decir, que el concepto de comunidad adoptado comprende tanto la existencia de un espacio geográfico, como de un espacio funcional de interrelación en un contexto socio cultural dado. Entre las personas de una comunidad se gesta un 'sentido de comunidad' asociado a los vínculos de confianza y reciprocidad con los integrantes, a la sensación de ser parte de un grupo y a un sentimiento compartido de que las necesidades colectivas serán atendidas bajo un compromiso cooperativo entre todos sus integrantes.

2- Primer contacto del sistema de salud con la comunidad. Primera línea de respuesta comunitaria.

Bibliografía

Bleger, J.: Psicohigiene y psicología institucional, Buenos Aires: Paidós, 1990.

Breilh, J.:"*Epidemiología crítica*", Buenos Aires, Lugar Editorial, 2003.

Canay R., Lapalma A., Rosendo E., et al.: "*Participación Ciudadana en Salud en el Mercosur*" Revista virtual de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la Universidad del Salvador. Año VII Nº 20 - Marzo 2009.

Míguez, H., "*Estrategias en Epidemiología Comunitaria: Centros de Estudios Locales*" (CEL) y "*Ventanas Epidemiológicas*". Buenos Aires: CONICET, 1999.

Tognoni, G., Manual de Epidemiología Comunitaria, CECOMET, 1997.

»

Intervención comunitaria en el tratamiento de las adicciones:

La experiencia de los CIAC en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

☞ *Ignacio O'Donell*

'Se requiere de una aldea entera para educar a un niño'. Proverbio Navajo

Este artículo se refiere a un modelo de intervención comunitaria en el tratamiento de las adicciones en barrios vulnerables y villas de emergencia. Si bien los equipos involucrados en esta experiencia tienen vasta formación en el tratamiento de las adicciones, se eligió un proyecto relativamente reciente como referencia para este trabajo. Se trata de la experiencia del Programa de Intervención Asistencial Comunitaria y sus centros[1]. El programa funciona desde principios del 2009 y consiste en la instalación de 10 centros de atención ambulatoria emplazados en villas de emergencia y barrios humildes de la zona sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En los mismos se hace tratamiento individual, grupal, seguimientos, y derivaciones cuando fuere necesario. El programa depende del Ministerio de Desarrollo Social y la Dirección General de Adicciones.

Antes de desarrollar la modalidad de intervención, sus posibilidades y dificultades, se hará una caracterización de los lugares y las personas con las que se trabaja. Asimismo, se hará hincapié en la prevención como forma prioritaria de intervención.

Cuando se hace referencia a la atención comunitaria, difícilmente se puedan estudiar exhaustivamente dos temas tan complejos como son las adicciones y los componentes sociales comunitarios. El hecho de realizar el trabajo en territorios marginados o excluidos, ya implica un nivel de necesidades, urgencias y oportunidades que requiere de respuestas específicas y concretas.

Si bien este artículo se enfoca en el tratamiento, no se puede dejar de mencionar la necesidad -y muchas veces ausencia- de planes de prevención sostenidos en el tiempo como un componente primordial en una intervención integral efectiva. Esta prevención debe estar presente en sus distintas formas y niveles (familiar, educativa, comunitaria, primaria, secundaria y terciaria), pero más particularmente en la forma de prevención inespecífica.

Esta última es la que se refiere al desarrollo de la calidad de las condiciones de vida de la población como la mayor protección de las adicciones. Por ejemplo, se observa que al mejorar la situación socio económica en los sectores menos favorecidos son menos las personas que consu-

1- Centros de Intervención Asistencial Comunitaria CIAC.

Ignacio O'Donell *es Magíster en Tratamiento y Prevención de las Drogadependencias por la Universidad del Salvador, Argentina. Coordina el Programa de Intervención Asistencial Comunitaria: Dispositivos Ambulatorios y Desarrollo Comunitario en barrios de alta vulnerabilidad y villas de la Dirección Gral. de Adicciones del Ministerio de Desarrollo Social de la Ciudad Autónoma de Bs. As.* igodonnell@yahoo.com

men y se dedican a las actividades ilegales ligadas a la venta de drogas (1). De igual modo, cuando los jóvenes están involucrados en actividades saludables que apuntan a su desarrollo integral, y son contenidos y cuidados, difícilmente se inclinan hacia las drogas.

Tampoco se puede dejar de mencionar la influencia nociva en la sociedad posmoderna de los medios de comunicación, con sus publicidades y mensajes directos e indirectos que exacerban el consumo, el egoísmo, la violencia, y la desconsideración por uno mismo y el prójimo. Estos mensajes multiplican la percepción de vulnerabilidad externa y la falta de sentido de la vida.

Antes de referirnos a situaciones de marginalidad extremas, debemos aclarar que de ninguna manera es el objetivo de este artículo estigmatizar a poblaciones por demás estigmatizadas por medios amarillistas y la fascinación humana natural por las historias extremas. Hablamos de personas y poblaciones que son las primeras víctimas de estas problemáticas, pero que luchan para organizarse y sobreponerse a condiciones de vida signadas por la discriminación, el maltrato y la falta de oportunidades.

Hacemos referencia a un contexto de escuelas atiborradas de alumnos, cloacas abiertas, hospitales y salitas que dan un turno a las 5 de la mañana (cuando los hay), discriminación para conseguir trabajo por vivir en una villa, represión, hacinamiento, miedo, falta de recreación, y tantos otros obstáculos que deben ser sorteados.

La sensación que se vive en estos ámbitos signados por tanta vulnerabilidad y la aparición de problemáticas graves, muchas veces asociadas con flagelos desconcertantes y arrasadores como las drogas de gran adictividad (por ejemplo el 'paco' o PBC), las armas y la violencia exacerbada, es desconcertante.

Se ve a diario como este cuadro de situación empeora, y empuja cada día más a una ya profunda fractura del tejido social. No obstante, este escenario nos deja intentando caminos que sabemos insuficientes, pero que son rumbos, aportes, parte de una ideología, una misión, y un compromiso.

Hacia un modelo de intervención comunitaria

Diariamente, en distintos ámbitos, se generan debates respecto del peso de lo social, lo biológico, y lo psicológico, en la forma en que las personas se convierten en adictos. Pocos difieren en los componentes que precipitan el problema: factores individuales (genéticos, de estructura psicológica frágil), del medio en que viven (un hogar y un barrio caótico, condiciones de vida), y la sustancia en sí misma (disponibilidad, niveles de adictividad, edad de inicio). Todos estos factores están presentes en los distintos segmentos sociales, pero el hecho que las necesidades más básicas no estén satisfechas condena a un porcentaje muy alto de los jóvenes de barrios vulnerados y villas al consumo de drogas.

Los problemas sociales graves antes mencionados generan un debilitamiento de los individuos, las familias y las redes locales que descreen, desconocen, o simplemente no pueden demandar servicios de tratamiento fuera del barrio ni dentro del mismo.

Es habitual que los consumidores tengan dificultades para pasar de una parte del barrio a otra por cuentas pendientes o viejas rivalidades. A esto se suma una desconfianza inicial hacia los que proveen tratamiento. Revertir esta situación implica un proceso que puede demandar mucho tiempo. Es por ello que es importante que los equipos que trabajan en estos barrios permanezcan en el territorio, sean constantes y predecibles, y desarrollen un nivel de paciencia y de tolerancia a resultados a largo plazo y poco visibles al principio. También deben estar abiertos a modificar modalidades tradicionales de trabajo. Estas nuevas modalidades incluyen salir de los consultorios u oficinas, y buscar y visitar a los consumidores y sus familiares en sus casas o los pasillos del barrio cuando es necesario. (2)

Estamos ante personas que frecuentemente carecen de apoyo o de un entorno saludable. Es por ello

“Tampoco se puede dejar de mencionar la influencia nociva en la sociedad posmoderna de los medios de comunicación, con sus publicidades y mensajes directos e indirectos que exacerban el consumo, el egoísmo, la violencia, y la desconsideración por uno mismo y el prójimo. Estos mensajes multiplican la percepción de vulnerabilidad externa y la falta de sentido de la vida.

»

» que la creatividad y el trabajo arduo de los distintos actores comunitarios en conformar redes y estructuras sustitutas, y fortalecer las existentes, se torna indispensable en contextos y sujetos devastados.

Es necesario, antes de poder aplicar los lineamientos generales y más específicos de una intervención comunitaria en adicciones, plantear algunos criterios y conceptos. Este encuadre y estos conocimientos están basados en nociones aceptadas por la ciencia del tratamiento en adicciones, son el producto de muchos años de investigación y el marco teórico en el cual nos apoyamos. Los siguientes son:

La cronicidad: si bien no todas las personas que hayan consumido o consuman drogas se vuelven adictas, o necesiten tratamiento, muchas de éstas requerirán de cuidados de por vida. Estarán sujetas a la posibilidad de recaídas, y como mínimo se beneficiarán radicalmente de la incorporación de habilidades y autoconocimiento para cuidarse mejor y lograr una vida útil, responsable y feliz.

> La adicción está relacionada a la condición médica de la dependencia.

La circularidad: como con cualquier otra enfermedad, las personas se encontrarán en distintos momentos de su vida con diferentes niveles de salud o enfermedad, que requerirán de variados niveles de tratamiento, cuidado o manutención. Se debe proveer servicios y apoyo acorde, de la forma más flexible y rápida para la persona, según el momento que esté viviendo. El consumidor debería poder insertarse en un tratamiento ambulatorio, en un centro de día, en una casa de mitad de camino, ir a grupos de Alcohólicos o Narcóticos Anónimos, o internarse, de acuerdo a lo que necesite en ese momento. La circularidad se refiere al tránsito por distintas instancias y modalidades de atención, de mayor o menor intensidad, de manera fluida, según la evolución individual.

Las redes y alianzas estratégicas: el tratamiento es sólo una parte de la ayuda necesaria para que las personas modifiquen sustancialmente sus vidas. Las familias, los vecinos, las organizaciones comunitarias, el Estado (con sus servicios sociales, de salud y otros), las ONG, y las empresas, con una actitud proactiva de políticas positivas hacia esta población, pueden ofrecer o facilitar contención y acompañamiento, capacitación, servicios laborales, vocacionales, médicos, legales, de recreación, esenciales para atender todas las necesidades de la persona. Nos referimos a políticas positivas proactivas, a aquellas que conforman una ayuda que los privilegia, y que se acerca a ellos en respuesta al deterioro y falta de recursos internos y externos esenciales.

Prácticas basadas en la evidencia: la ciencia del tratamiento ha avanzado, y la investigación de los últimos 40 años nos ofrece pautas de encuadres y estrategias más efectivas. Entre ellas están la entrevista motivacional, la terapia cognitiva conductual y los 12 pasos. Otros estudios dan indicaciones del perfil de consumidores que se adaptan mejor a distintos tipos de tratamiento, como por ejemplo adolescentes y ex presidiarios de larga data a comunidades terapéuticas. La modalidad grupal, los planes terapéuticos individualizados, los grupos de ayuda mutua, el refuerzo comunitario, los talleres de reflexión específicos, y la medicación correcta, son otras prácticas de probada eficacia (3). Se enfatiza la efectividad de las terapias enfocadas en el 'aquí y ahora', mas directivas, pero centradas en la persona como las de mejores resultados en las primeras etapas. El psicoanálisis ortodoxo, muy difundido en la Argentina en algunos medios, ha mostrado resultados pobres a la hora de tratar a adictos cuando inician un tratamiento (4). Resultados similares se han obtenido con estrategias de consumo controlado o de sustitución de una droga por otra (5). Estos intentos son muchas veces mal llamados estrategias de reducción de daños. Hay una aceptación fundamentada de la reducción del consumo como una posible etapa inicial de la recuperación, en especial con adictos muy deteriorados, resistentes, o en sus primeras etapas de consumo, pero no debe ser tomado como un objetivo final para los que son adictos (6). Según algunos enfoques, pareciera darse a entender que los que plantean esta 'reducción de daños'

> "...Si bien no todas las personas que hayan consumido o consuman drogas se vuelven adictas, o necesiten de tratamiento, muchas de éstas requerirán de cuidados de por vida. Estarán sujetas a la posibilidad de recaidas, y como mínimo se beneficiarán radicalmente de la incorporación de habilidades y autoconocimiento para cuidarse mejor y lograr una vida útil, responsable y feliz.

son más humanos que aquellos que promueven el abstencionismo como el objetivo más práctico y humano para ellos (7). Ninguno de los dos paradigmas de tratamiento puede adjudicarse ser el que tiene un trato más humano hacia la persona, o que su método es más inclusivo o no. Lo que está en juego es si el mensaje salva vidas, y si puede ayudar o perjudicar las posibilidades de una recuperación a largo plazo, cuestión fundamental en la reconstrucción de personalidades frágiles y fracturadas.

En lo que respecta a los dispositivos de tratamiento comunitario de las adicciones, se deben señalar distintas estructuras y formatos de servicios que se proveen para las poblaciones marginadas. Países más avanzados que el nuestro en el diseño de respuestas terapéuticas para estos contextos (Brasil, Chile), ofrecen una variedad de dispositivos como (8):

- **Centros de acogida: centros en los barrios que ofrecen un espacio en los cuales los consumidores se pueden bañar, recibir ropa limpia y comer.**
- **Equipos de recorrido, registro y seguimiento de equipos (largo alcance), de atención a personas en situación de calle o de 'ranchadas' (fundamental para que los consumidores establezcan un vínculo y que de a poco confíen).**
- **Centros psicosociales: conjugan distintos servicios, están ubicados en los mismos barrios, y funcionan como centros de día. (Estos tres dispositivo, de a poco, están empezando a ser más comunes en nuestro país.)**
- **Instancias de desintoxicación, deshabituación, estabilización de la impulsividad, y de la condición clínica en un dispositivo médico de entre 10 y 15 días como base.**

Este último recurso, aún no implementado debidamente en la Argentina, ayudaría como paso previo hacia otro nivel de tratamiento (internaciones, centros de día, ambulatorios, casas de mitad de camino, hogares y otros). Si bien el PBC o "*paco*" a diferencia del alcohol, los opiacidos y algunos medicamentos, no generan la necesidad de desintoxicación, el deterioro físico y cognitivo, y la compulsión, ameritan proveer estos dispositivos. Sin esta instancia, las internaciones habitualmente se convierten en puertas giratorias que sólo suman frustraciones.

Complementario a estas necesidades se encuentra la urgencia de poder facilitar mecanismos desde la Justicia, hoy esquivos, de protección de la persona que no está en condiciones de discernir, y pone en serio riesgo su vida y la de otros. Se debe mediar de forma efectiva para que algunos consumidores sean internados de forma involuntaria. A diario vemos a personas extremadamente debilitadas, con enfermedades como la sífilis, el HIV, la tuberculosis y otras. Frecuentemente, simplemente no pueden, ni van a parar de consumir. Otros matarán, y serán matados, y no consiguen salir de ese círculo de violencia. Si el Estado no se ocupa de ofrecerles el cuidado que ellos no pueden proveerse seguirán malgastando vidas salvables. Debemos advertir que estas internaciones no deben ser utilizadas en detrimento de los derechos del individuo, generando prácticas abusivas solapadas, como internaciones en condiciones inhumanas, abuso de medicación, maltratos y otros, por intereses económicos o de otra índole.

Dentro de un proceso dinámico de tratamiento, es de destacar que las transiciones con seguimientos y planificadas, de un nivel de atención al otro, con sus articulaciones y derivaciones, son una clave del éxito. Otra, es tener los servicios y modalidades de tratamiento adecuados para cada persona. No todos los centros de tratamiento proveen para las necesidades individuales (por ejemplo escuela, oficios), u ofrecen una modalidad a la que se adapten (más o menos estructuradas, 'conductuales'). Es necesario de antemano conocer las necesidades de los consumidores y lo que los dispositivos ofrecen para que estos coincidan.

No se debe olvidar que en países desarrollados, con poblaciones y tratamientos de mayores recursos, un 60% de los que completan un tratamiento recaen el primer año, y un 80% lo hace en los primeros 90 días (9). Esto habla a las claras de la necesidad del seguimiento y apoyo

> "Si el Estado no se ocupa de ofrecerles el cuidado que ellos no pueden proveerse seguirán malgastando vidas salvables.

integral comunitario de estas personas cuando pasan de una internación a un centro de día, de éste a un ambulatorio, o cuando vuelven directamente a su vida diaria.

Por lo descrito hasta acá, puede vislumbrarse que tanto los equipos que funcionan en territorio, como aquellos en los distintos dispositivos de atención fuera del mismo, deben considerar una complejidad de prácticas y servicios. A su vez, estos equipos requerirán de características y una filosofía de trabajo específica para lograr una intervención efectiva:

La transdisciplinaridad, la diversidad y multiculturalidad: es necesario constituir equipos conformados por operadores o consejeros (incluyendo a algunos en recuperación), psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, y referentes barriales (mentores o tutores de recuperación). Deben ser equipos multiculturales incluyendo como parte del equipo a personas de los barrios. Estos pueden ser referentes o vecinos involucrados, adictos en recuperación, o familiares de adictos. También se debe incluir a personas de distintas edades y género. La diversidad en la conformación de los equipos aporta a la identificación, la confianza, y el lenguaje compartido con los que están en tratamiento.

Debemos subrayar la necesidad de desarrollar recursos autóctonos de los barrios que actúan como multiplicadores, y que pueden apoyar sin restricciones a largo plazo. Todo esto, en el marco de la debida formación, supervisión y acompañamiento de estos mentores o potenciales consejeros.

Tampoco debemos olvidar la riqueza que ofrece la participación de voluntarios en condiciones de incorporarse. Nuevamente, el hacerlo requiere de cualidades intrínsecas y de formación de los mismos. Si a esto se le suma la debida capacitación y su incorporación plena como miembros del equipo, con sus respectivos derechos y responsabilidades, podemos ampliar sobremanera la oferta de riqueza humana y técnica involucrada. Se requiere de un gran compromiso del voluntario para tener continuidad, y de planificación y dedicación de los directores del programa y equipos profesionales.

El bajo umbral de ingreso y reingreso al tratamiento: que las personas puedan ir a los dispositivos sin previa entrevista, y que sean siempre recibidos con respeto y atención cordial debe ser una condición destacada de estos espacios de tratamiento. Esto se debe sostener más allá de las recaídas y el eventual incumplimiento de las indicaciones. No debe haber lugar para sanciones y reprimendas, por más encubiertas que sean. Es la responsabilidad del adicto hacer su tratamiento, y elegir el lugar y modalidad de tratamiento. Es obligación del que lo trata de no emitir juicios de valor respecto al que asiste y lo que éste decide. Sólo informa respecto a lo que ofrece, los límites de lo que provee, y la justificación profesional para ello. Se plantea una sociedad de facto, ya que el consumidor sigue siendo el principal especialista de su propia recuperación.

La descentralización y articulación de servicios: en el desarrollo de la intervención comunitaria, los centros de día y ambulatorios de los barrios se configuran en centros de atención, evaluación y derivación directa, evitando que las personas tengan que salir del barrio y ser atendidas por desconocidos en otros ámbitos. Cuando hace falta, los centros de día y ambulatorios facilitan derivaciones personalizadas a otros servicios, como hospitales y trámites legales (10). En ocasiones las personas llegan a esos servicios acompañados por voluntarios. Es vital que se gesten acuerdos con otros efectores, se consensúen modalidades de trabajo, y se hagan seguimientos en conjunto de los atendidos.

Los centros de día y ambulatorios reciben el primer pedido de ayuda, auxilian a los consumidores a adaptarse al barrio después de una internación u otras circunstancias debilitantes como estar detenidos. Son considerados centros de "*aterrizaje y despegue*" (11). Funcionan desde la proximidad, conociendo los recursos del barrio, su historia y su cultura. El vínculo y el afecto permiten una credibilidad que no se puede lograr sin estar en el territorio. Es por ello, que el trabajo debe ser personalizado y constante.

> Debemos destacar que sin una política pública sólida, a largo plazo y que ataque todas las aristas de la oferta de drogas (generalizada en estos barrios), cualquier esfuerzo por la recuperación de las personas se ve seriamente limitado o muchas veces imposibilitado. Estas políticas deben atacar a la corrupción, y la participación del poder político, policial y judicial, por acción u omisión, en las actividades delictivas.

Conclusión y reflexiones finales:

Debemos destacar que sin una política pública sólida, a largo plazo y que ataque todas las aristas de la oferta de drogas (generalizada en estos barrios), cualquier esfuerzo por la recuperación de las personas se ve seriamente limitado o muchas veces imposibilitado. Estas políticas deben atacar a la corrupción, y la participación del poder político, policial y judicial, por acción u omisión, en las actividades delictivas. El tráfico de drogas se encadena con el lavado de dinero, la trata, la venta de armas, los robos y todo tipo de actividades, que hoy forman parte de una autentica industria.

Las intervenciones integrales precisan de políticas públicas a largo plazo que vayan más allá del gobierno de turno. Deben contar con una inversión considerable en recursos, que todavía nunca se ha hecho, que incluya un esfuerzo concertado para insertar o reinsertar poblaciones postergadas hace generaciones. Sólo es viable fomentando y fortaleciendo una capacidad técnica, humana y de recursos materiales sustentable instalada en estos barrios. Es viable captando los mejores y más comprometidos profesionales para una tarea ardua, lenta, progresiva, pero sin dudas gratificante.

Las condiciones adversas mencionadas con anterioridad conviven en los barrios con una riqueza humana y cultural inigualable e indispensable para toda la sociedad. Estas personas demuestran tener una gran capacidad de solidaridad, alegría, resiliencia y sabiduría para organizarse. Aquellos que no vivimos en estos barrios, pero que trabajamos en ellos, nos vemos beneficiados por esta mirada generosa, que celebra la vida, y que es menos banal y prejuiciosa. Esto nos reafirma el hecho de que las respuestas a los problemas de la comunidad deben construirse desde las mismas comunidades. Pensar en prácticas asistencialistas es subestimarlos, creerlos pasivos actores de su vida, y no entender que sólo los afectados pueden iniciar su solución. Los adictos y los familiares son los responsables de su propia recuperación.

También se debe dejar muy claro que pese a todas las dificultades que existen, hay personas que se recuperan, familias que se sanan, comunidades que se fortalecen. La recuperación es una realidad que vivimos todos los días.

Desde un enfoque comunitario consideramos que la sociedad está en deuda con estos barrios, y que las deudas se deben pagar en el lugar donde se contraen.

No podemos dejar que siga pasando el tiempo, y que tantas realidades aberrantes se sigan "*normalizando*". Una vida en paz, con oportunidades, y sin tanto riesgo y muerte es un derecho básico.

Para garantizarlo se precisa de la intervención de toda la sociedad. En primer lugar, conociendo esta realidad, ya que sólo se puede querer lo que se conoce.★

Bibliografía

(1) Burgois, Philippe, En busca de respeto, pg. 25, Argentina: Siglo 21, 2010.

(2) CONACE; Gobierno de Chile, "Intervención Psicosocial, Prevención selectiva del consumo de drogas para niños/as y adolescentes en vulnerabilidad Social, pg. 56, Chile, 2005.

(3) Introduction to Evidence-Based Practices in Addiction Treatment, Best Practices in Addiction Treatment Workshop, ATTC, The Addiction Technology Transfer Center Network Funded by Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2002.

(4) White, William, Slaying the Dragon, pgs. 98-99, USA, 1998.

(5) Carta de Audrey Kishline, Fundadora del Movimiento Moderation Management escrita después de un accidente trágico estando alcoholizada, publicada en la pagina del Doctor De Luca (2000), disponible en http://www.doctordeluca.com, visitada 10-4-11.

(6) CYT, Cannabis Youth Treatment Series, Volume 1, U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, Substance Abuse and Mental Health Services Administration Center for Substance Abuse Treatment, www.samhsa.gov, pgs. 40-45 USA, 2001.

(7) Kameniecki, Mario, boletín del Centro de Día Carlos Gardel, Asistencia en Adicciones, Número 10 - Enero 2010

(8) Ruchansky, Emilio, Entrevista a Antonio Nery Filho, asesor del Gobierno de Brasil, Diario Pagina 12, Buenos Aires, 24 de Enero del 2011.

(9) McLellan y colegas, JAMA 284:1689-1695. USA, 2000.

(10) Documento sobre la 3ª Jornada "*El desafío del paco*", Colegio San Pio IX, Buenos Aires 02-12-2010.

(11) Expresiones del Padre José Di Paola, 2ª Jornada sobre "*El desafío del paco*", Hogar de Cristo, Buenos Aires, 03-04-2010.

Observatorio Social
Comprender mejor para hacer mejor