

G.A.B.A.

GRUPOS DE AUTOAYUDA BONAERENSES EN ADICCIONES

Formación de Operadores

Material de Consulta

G.A.B.A.

GRUPOS DE AUTOAYUDA BONAERENSES EN ADICCIONES

Presentación

A fines del año 1995, lo que era la Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones iba por su segundo año de funcionamiento. Se percibió entonces que una gran cantidad de personas que atravesaban una situación de consumo — tanto aquel que consumía sustancias como sus familiares y allegados — no se acercaban a los CPA. Este hecho se debía a distintos motivos: lejanía geográfica, dificultad de traslado, desconocimiento, negativa a tratarse con profesionales, poca accesibilidad.

Frente a este escenario comenzó a gestarse un programa cuyo objetivo último fue, y sigue siendo, establecer *estrategias* que faciliten la construcción de vínculos y redes que brindasen en principio, un lugar de pertenencia a todas aquellas personas que sufren al verse involucradas en una situación de consumo. En tal sentido, los conceptos de autoayuda-ayuda mutua, codependencia y trabajo en calle, enmarcan el campo conceptual y las prácticas allí sustentadas. A este programa se le conoce como G.A.B.A. y su lugar físico inicial de trabajo es “el barrio”.

Fue así que, en el año 1995 se creó el primer grupo de autoayuda bonaerense en adicciones en la Parroquia Itatí de Virreyes y en 1996 en el Centro Modelo de Atención Pueblo de la Paz.

Una de estas estrategias mencionadas consistió en conformar un equipo de personas que habiendo atravesado por una situación problemática de consumo y que teniendo el deseo fundamental y la capacitación necesaria, pudiesen ayudar a otros.

Otro pilar esencial, fue y **es** el “caminar la calle”, lo que constituye un “compartir” genuino logrando de este modo el asomo de una red - par a par- como forma humana y solidaria que se refleja en el tratamiento.

Otra de las estrategias trazada desde los comienzos y planteada como un modo de abordaje necesario e inherente a la filosofía de este programa, consistió en integrar prevención y asistencia; ya que entendemos que su disociación sirve únicamente a los fines de la transmisión o de formalizaciones teóricas pero que en la práctica, y especialmente en el trabajo de territorio y en calle, establecer dicotomías tajantes entre ambos tipo de acciones es insostenible.

Características específicas del programa:

a) integra distintas modalidades según las situaciones de la población destinataria.

- **GABA clásico:** destinado a personas con uso problemático de sustancias adictivas.
- **GABA familia:** destinado a familiares y allegados, focalizando el tratamiento en torno al concepto de codependencia. Los concurrentes a estos grupos pueden asistir más allá de que la persona que consume realice o no tratamiento.
- **Trabajo en calle:** el objetivo es brindar un espacio específico de atención y consolidar un vínculo que permita, en los casos pertinentes, realizar una derivación a los dispositivos de la SADA.

b) funciona dentro y fuera de los CPA.

En muchas ocasiones es muy conveniente que el operador gaba que coordina un grupo fuera del CPA — en distintas organizaciones de la comunidad por ejemplo —, coordine también grupos de autoayuda en el CPA correspondiente a la localidad de que se trate, estableciéndose de este modo una fuerte referencia para las personas que por distintos motivos, que mencionamos anteriormente, no se acercan al mismo.

c) comprende distintas acciones y actividades

- **De difusión:** como por ejemplo: participando en programas radiales; entregando folletería en los barrios y lugares evaluados como estratégicos, etc.
- **De formación:** a través de la *Formación de operadores gaba*, llevada a cabo por un equipo de capacitación integrado por personas del programa.
- **De promoción:** charlas en escuelas, armado de talleres en distintas organizaciones de la comunidad, etc.
- **De supervisión, acompañamiento y formación interna:** a través de reuniones mensuales regionalizadas con operadores y referentes gaba de región; encuentros a nivel provincial con todos los operadores y referentes; participación del equipo central en las reuniones grupales central, etc.
- **Relevamiento y sistematización central de información suministrada por los operadores acerca de las prestaciones brindadas.**
- **Articulación intersectorial e interinstitucional:** por mencionar algunos ejemplos: el trabajo conjunto con la Secretaría de Niñez de la provincia atendiendo a adolescentes en conflicto con la ley penal; articulación con distintos Obispos llevando a cabo la conformación de grupos en diferentes parroquias; con programas provinciales como Envión facilitando mayormente espacios de formación; Patronatos de Liberados brindando atención en el lugar; Hogares Municipales para la Tercera Edad; el trabajo con familiares y allegados de jóvenes internados en Comunidades Terapéuticas; articulación con Juzgados, trabajos de contención en Unidades Penitenciarias, Hogares de Tránsito, etc.

TRABAJO GRUPAL

El trabajo de grupo se concibe como uno de los métodos específicos de la intervención social. Un método mediante el cual los miembros del grupo son ayudados a aprender una nueva destreza, a deponer o modificar actitudes y a profundizar en sus personalidades, a través de la participación en un proceso social en el que adoptan decisiones. Proceso social que debería generar el trabajo grupal.

El trabajo con grupos se funda en el conocimiento de la necesidad que los individuos tienen unos con otros y de su interdependencia. De ahí que además de facilitar el logro de metas en común, se use para reducir o eliminar el bloqueo de la interacción social. Pero el individuo sigue siendo su centro de atención y preocupación, y el grupo no es más que el vehículo o dispositivo de crecimiento y de cambio.

Los sujetos necesitan conocer para actuar, pero son muchas las veces que la única fuente de conocimientos son sus propias costumbres y conductas y no poseen otras referencias, ante situaciones similares, que les sirven como móviles de aprendizaje o de comparación. Esta función es evidente que la cumple el grupo, ya que en él interaccionan diferentes sujetos que, supuestamente, viven o pueden vivir situaciones similares.

El trabajo con grupos también se concibe como un método de desarrollo de la personalidad, en el que el grupo mismo es utilizado como herramienta. Así el pequeño grupo es contexto y medio a la vez, mediante el que sus miembros sostienen sus actitudes, relaciones interpersonales y capacidades para vérselas eficazmente con su entorno.

¿A qué llamamos grupo?

Podríamos decir en principio que un grupo es un conjunto de personas que se reúnen en un tiempo y espacio determinado con un objetivo común, una tarea común. El objetivo común quiere decir que acordamos un punto de llegada, lo que no quiere decir que vayamos por el mismo camino. Esto habla de las diferencias. Pero esta definición es insuficiente para dar cuenta de aquello que llamamos grupo. Para llegar a la conformación de un grupo, podríamos partir de una situación opuesta a él, la serie o la aglomeración, punto de partida para la construcción de los grupos, y situación a la que sus integrantes podrían regresar en cualquier momento.

Una serie se caracteriza por el anonimato de los sujetos y la intercambiabilidad de los mismos, ya que cada sujeto es uno más, no conectado con los otros o sólo conectado circunstancial o superficialmente. Una sala de espera, el hall de un teatro, los pasajeros de un tren, etc., configuran una serie, aún cuando tienen intereses o necesidades comunes.

¿Qué condiciones deben cumplirse para que comience a operarse la salida de la serialidad al camino de conformación de un grupo?

En primer lugar, este pasaje requiere la **transformación del interés en común en un interés común**, entendiendo por ello que se produzca la conciencia de la necesidad de los otros para satisfacer ese interés y con ello, el descubrimiento de la necesidad de interdependencia.

Si esto se produce, comenzará a haber movimientos en el conjunto de unos hacia otros, emisión y recepción de mensajes, lo que implica la

emergencia de la segunda condición planteada para este proceso, que es el pasaje de las **comunicaciones indirectas a las directas**, que incluyen el retorno (feed-back) del receptor al emisor.

Una tercera condición, puede aparecer como un ingrediente facilitador, pero no es una condición necesaria para la constitución de un grupo. Ésta es la existencia, fuera del grupo, de condiciones amenazantes o intereses antagónicos a los grupos, que provoquen la **cohesión interior** para defenderse de ellos. Se plantea en este sentido que la tensión entre el peligro común y el objetivo común da lugar al nacimiento del grupo.

Momentos de conformación de los grupos

Ahora bien, en este proceso, atraviesa el grupo por diversas posiciones o momentos, y aunque vamos a desarrollarlas como una secuencia, esto no implica el necesario pasaje por cada una de ellas, ni un desarrollo que inevitablemente se ajuste a esa secuencia.

El primer estadio por el que atraviesa un grupo, es el estado de **fusión**, caracterizado por un sentimiento de homogeneidad entre los miembros, la vivencia de que "todos son equivalentes a todos". En un grupo fusión, se experimenta fuertemente la necesidad de los demás para garantizar la continuidad del grupo y en consecuencia, hay una muy baja tolerancia al disenso y a las ausencias. Esta modalidad es debida a la aún débil constitución del grupo y la consecuente vivencia de riesgo de retorno a la serialidad. En su lucha contra este riesgo, instrumenta el grupo los mecanismos denominados "juramento" y "terror".

El juramento alude, en este contexto, a la marcada exigencia de participación y compromiso con el grupo que éste plantea a cada uno de sus componentes y el terror- su contracara- alude al castigo que recae sobre quienes no dan cumplimiento a las exigencias del juramento.

Un segundo momento sobreviene cuando, percatados los sujetos de que "ya configuran un grupo", pueden permitirse la **aceptación de las diferencias** y descubren que éstas (vividias como amenaza anteriormente) pueden ser aprovechadas por el grupo para mejorar su eficiencia. Esto da lugar a la emergencia de roles y funciones diferenciadas. El grupo entonces comienza a configurar una estructura, pasando entonces de la fusión a la organización.

Estar en grupo implica a veces no saber qué hacer, no saber qué decir, el hecho de encontrarse con gente que piensa diferente, que tiene otra ideología, otra edad, otra forma de participar, de expresarse, etc. Estar en grupo es saber tolerar esas diferencias. Uno por inercia tiende a suprimir las diferencias, pasa en el amor, con los hijos, con los hermanos. Esas diferencias que nosotros podemos llamar heterogeneidad es lo que va a permitir una homogeneidad en la tarea. Pichón R.: "a mayor heterogeneidad entre los miembros del grupo, mayor homogeneidad en la tarea" Cada uno aportando desde su lugar para que se lleve a cabo la tarea. Los grupos homogéneos no existen. Hay un rasgo común que los identifica, después cada uno es como es.

Se concilian, en este estadio, la intención y el entusiasmo inicial con las necesidades prácticas que plantea el dar cumplimiento al objetivo, cuyo logro reconoce la conveniencia de asignar funciones diferentes según las aptitudes e inclinaciones de los componentes.

Ahora bien, el haber accedido al estadio de organización, no implica en sí mismo una garantía para el grupo, que deberá en su praxis, efectuar su permanente reorganización, en una dialéctica ininterrumpida entre el conjunto y su objetivo.

Si este permanente movimiento no se produce, el riesgo que amenaza al grupo es entonces, el de convertir a la estructura misma- que no es otra cosa que un medio para el logro de una finalidad- en su finalidad última. A esta situación se la reconoce como burocracia (donde los medios ocupan el espacio de los objetivos), y se caracteriza por una pérdida paulatina de eficiencia, una degradación de las relaciones intragrupal y, finalmente, si no logra su transformación, la muerte del grupo.

Identificación en los Grupos

Según grado de identificación (de menor a mayor)

- a) **Afiliación:** sería un primer nivel de identificación, pero un nivel bajo, donde el sujeto se aproxima al grupo y a la tarea pero con una cierta distancia, sin meterse con todo el cuerpo en ella.
- b) **Pertenencia:** ella es grado mayor de identificación e integración con el grupo, un momento donde el sujeto se acerca más y acorta la distancia. La afiliación y la pertenencia se miden por el grado de responsabilidad con el cual los miembros del grupo asumen el desarrollo de la tarea.
- c) **Cooperación:** es la posibilidad que tienen los miembros del grupo de asumir y desempeñar roles complementarios para el logro de la tarea. Dicha complementariedad consiste en la capacidad de desarrollar roles que cubran lo que los otros no pueden cubrir, complementándose mutuamente, intercambiando, haciendo una verdadera rotación de roles en el interjuego grupal. Sería la contribución de cada uno de los miembros para con la tarea y para con sus pares. Dicha cooperación la vamos a medir por el grado de eficacia con el cual se asume la tarea.
- d) **Pertinencia:** Consiste en la capacidad de centrarse en la tarea. Ser pertinente en una tarea determinada es sentirse y ubicarse direccionalmente sobre la ella. Hay un criterio de utilidad, de centralidad sobre el trabajo a realizar colectivamente, es decir, la mayor pertenencia y cooperación tienen valor si hay pertinencia.

Características Generales De Los Grupos

- Los grupos reproducen un poco la cuestión social, la cuestión familiar, los problemas institucionales y sociales. Entonces nos vamos a relacionar con el otro tal vez de un modo muy parecido a cómo nos relacionamos con otras personas: fulano me hace acordar a mi hermano, mengano a un compañero, etc. Esa es la vinculación que yo tengo con el otro que me hace acordar, que reactualiza ese vínculo añejo.

- Lo que se dice en un grupo, más allá de decirlo los integrantes, lo dice el grupo. Cuando alguien pone un silencio en un grupo, ya deja de pertenecer a sí mismo y pasa a ser del grupo. Todo lo que pasa en un grupo es material del grupo.
- Hay algo que se llama pretarea, se refiere a todo aquello que hace obstáculo a la realización de la tarea. Es como cuando se junta un grupo a estudiar, uno pone la pava, prepara mates, llega el otro y se ponen a charlar hasta que llegan los otros y también se enganchan en la charla, esperan que llegue el resto o alguien que se atrasó y mientras tanto los libros esperan sobre la mesa. Siempre hay una tendencia que tiene que ver con una resistencia a la tarea. Por eso, cada vez que se piense en un grupo, hay que pensar en la tarea, en el sentido de si se está llevando a cabo o no. En general los grupos más conflictivos se están resistiendo a la tarea. Aparecen los reclamos, reproches, demandas (implícitas, abiertas). Es parte del grupo, se va y se viene de eso.
- Nunca un grupo es igual a otro. Los grupos en algún punto son imprevistos. Un grupo es impensado.

Comunicación Grupal

El mecanismo fundamental en todo grupo es la **interacción**. Esta se va a dar a través de distintas vías de comunicación. Pichón Reviere toma el modelo clásico de la comunicación. El esquema consiste en:

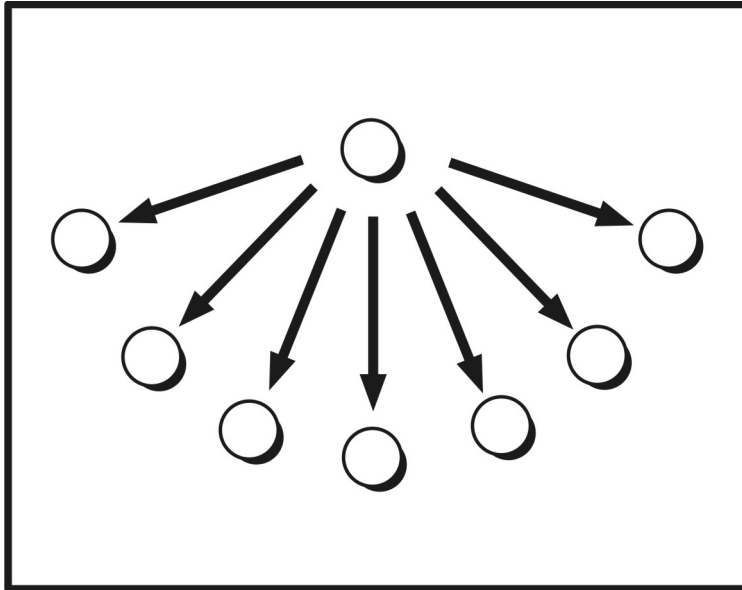
- Un emisor
- Un receptor
- Un canal que circula entre ambos.

El emisor para emitir un mensaje, tiene que codificarlo, este mensaje va a circular por un canal de comunicación, va a llegar al receptor quien deberá decodificarlo para poder emitir una respuesta que cierre este circuito. Por lo tanto, es fundamental que exista un código en común para poder entenderse.

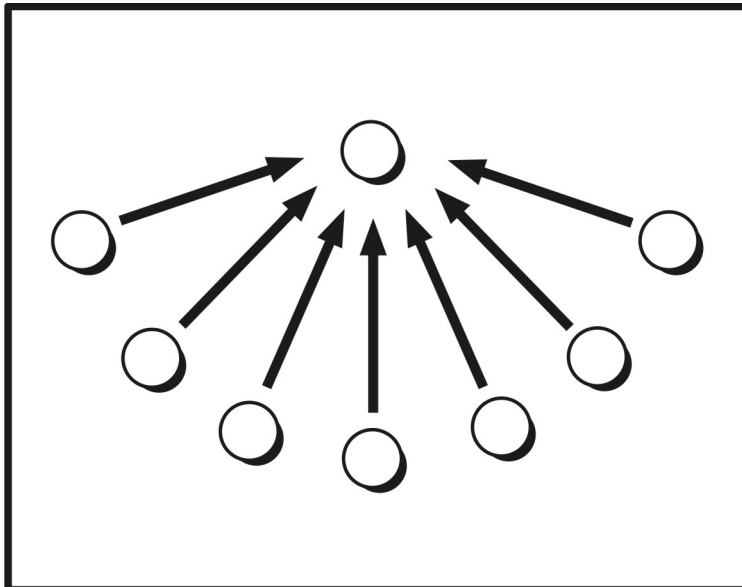
En la comunicación tomamos en cuenta no sólo el contenido del mensaje, sino también el cómo y el quién de ese mensaje, es decir la meta-comunicación. Cuando ambos elementos entran en contradicción, se configura un malentendido dentro del grupo y es allí donde aparecen las perturbaciones en la comunicación.

En un grupo se pueden dar distintas modalidades de comunicación:

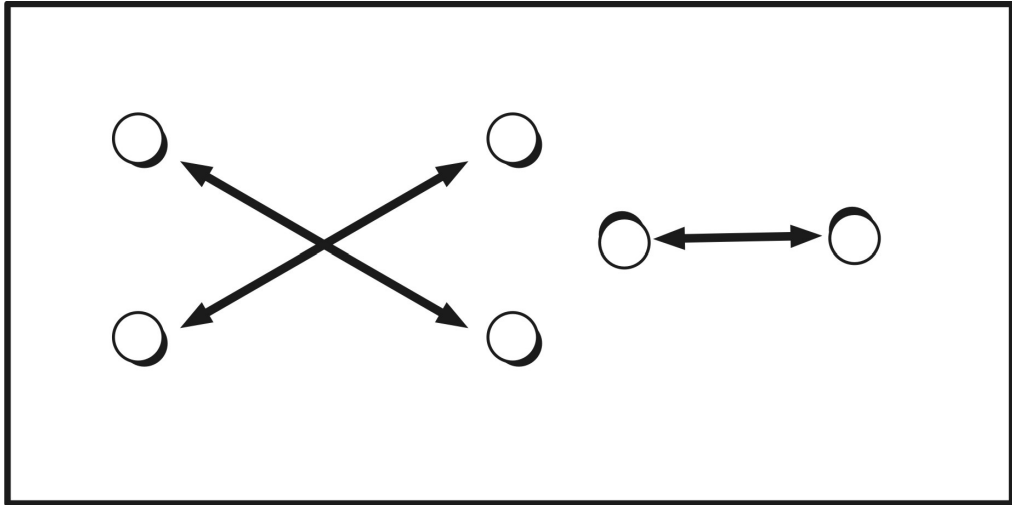
- **Comunicación de uno hacia todos:** puede generar relación de dependencia hacia un líder.



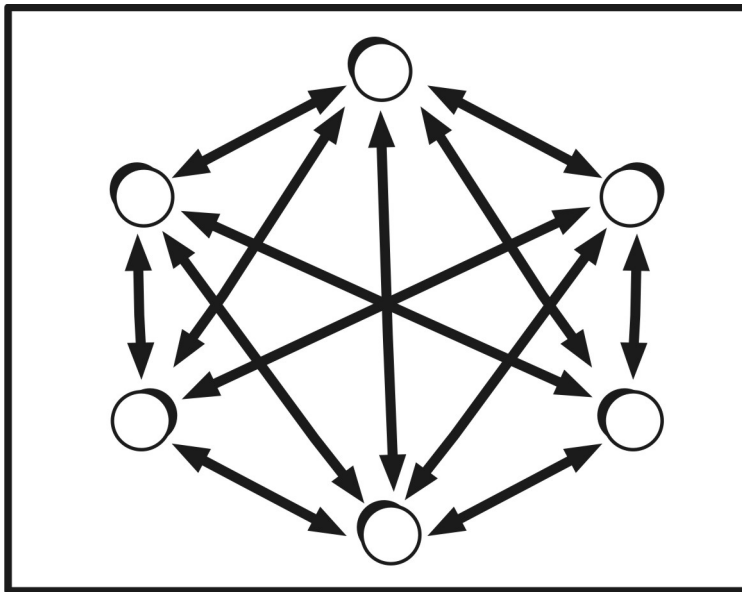
- **Comunicación de todos hacia uno:** es la inversa de la anterior, donde el peligro reside en que ese uno, sea transformado en chivo emisario.



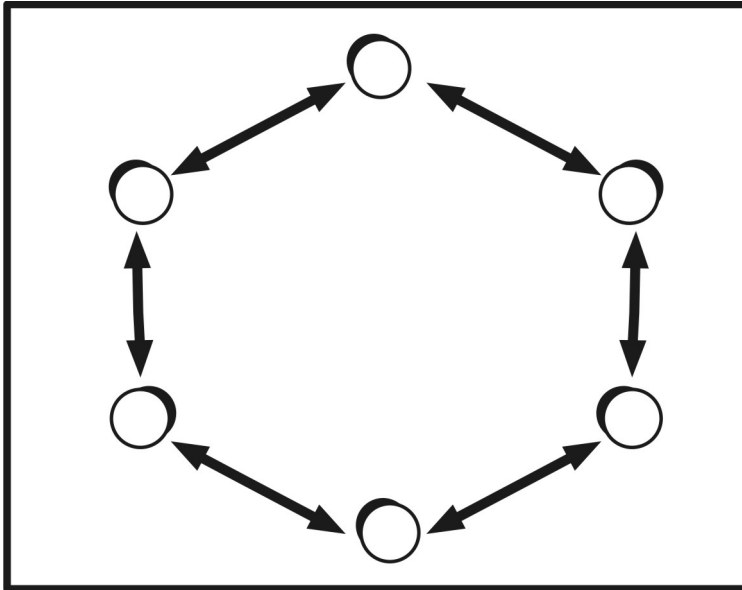
- **Comunicación entre dos o en subgrupos:** donde se aísla al resto del grupo. Puede generar malestar entre los integrantes.



- **Todos a la vez**



- **Circularidad en la comunicación:** es el horizonte al que debe tender todo coordinador de grupos.



Los roles Dentro Del Grupo:

Los roles son *adjudicados* y a la vez son *asumidos*; son *situacionales*, ya que es la situación lo que hace que emerja el rol; son *dinámicos*: están en permanente movimiento. Entonces en una determinada situación yo puedo ser un líder, y en otra, un saboteador.

P. R. hablaba del concepto de verticalidad y horizontalidad. La horizontalidad tiene que ver con la historia del grupo, es el recorrido temporal que el grupo tiene desde que se forma hasta que termina. La verticalidad es la historia del sujeto que forma parte de ese grupo y en este cruce se produce el ROL.

Roles facilitantes:

Son aquellos roles que ayudan a la tarea y al buen funcionamiento del grupo. Cada uno de nosotros cuando está en grupo desempeña varios de estos roles, pero evidentemente algunos de ellos son los que nos caracterizan.

- **Alentador:** es el que estimula al grupo hacia una actividad mayor o de calidad superior. Reconoce los aportes de los otros de manera expresa. Alaba cuando el otro ha hecho un aporte de importancia, acepta las contribuciones de los otros. Es entusiasta y amistoso, buen compañero y solidario en su actitud hacia los otros miembros del grupo.
- **Que informa:** da información o expone experiencias, es una fuente informativa para el grupo.

- **Orientador:** su modo de actuar ayuda a que el grupo no pierda su dirección respecto de sus objetivos, por eso hace notar los puntos en que el grupo se aparta de las directivas o de los objetivos sobre los cuales había un acuerdo, o hace preguntas respecto a la dirección que toma la discusión del grupo. Ayuda a respetar los procedimientos elegidos.
- **Conciliador - armonizador:** trata de aliviar las tensiones producidas por situaciones de conflicto, sabe hacer bromas o tiene ocurrencias en momentos oportunos y procura encontrar los puntos comunes que existen entre los que tienen posiciones encontradas tratando de armonizar las diferencias.
- **Transigente:** actúa en una situación de conflicto cediendo en parte para ponerse de acuerdo con el grupo o para ayudar a su funcionamiento armonioso.

Roles negativos:

Son aquellos roles que perturban el buen funcionamiento del grupo. En general suelen manifestar la búsqueda de intereses personales (lograr determinados objetivos a través del grupo, aunque para su propio beneficio).

Dominador: es el que quiere que todos se plieguen a sus exigencias. Para ello manipula al grupo o a algunos de sus miembros mediante el chantaje, la astucia, la adulación, el miedo. Es afirmativo y dogmático en sus intervenciones y autocrático en sus comportamientos. Intenta manipular al grupo para llevarlo en la dirección que él desea, pero haciéndole creer que es decisión del grupo.

Negativista u obstructor: por lo general adopta una actitud negativa respecto de las cuestiones que se están tratando, discute tonterías o nimiedades. De ordinario es una persona pesimista y con escaso espíritu de colaboración. Se opone sistemáticamente, con razón o sin ella ("no sé de que se trata, pero me opongo").

Desertor: se mantiene al margen de lo que se dice y de lo que se hace. No suele intervenir y cuando habla lo hace con tono cansado. Frecuentemente está apartado o retraído, o bien cuchichea con otros. Cuando interviene suele decir cosas que le interesan a él, aunque no estén relacionadas con el tema que se discute en el grupo.

Saboteador: lucha por tener una posición destacada dentro del grupo, critica o censura a los demás, es hostil al grupo o a algunos miembros. Menoscaba a los otros expresando desaprobación, ya sea por los valores, las afirmaciones o las acciones de los demás. Suele sentir envidia de aquellos que hacen buenas intervenciones. El saboteador es una de las personas más nefastas dentro de un grupo, pues perturba su funcionamiento y deteriora las relaciones interpersonales.

Obstinado: ignora sistemáticamente el punto de vista de los demás, pues no cree que le puedan aportar algo significativo. Incapaz de cualquier retroalimentación con los otros, se mantiene inamovible en sus propuestas.

Charlatán o hablador impenitente: habla de todo, con ocasión o sin ella, en tema y fuera de tema, no deja intervenir a los demás. Le gusta utilizar al grupo como auditorio, en otros casos habla sin saber bien lo que está diciendo, lo hace por el deseo de figurar o de mostrarse. Cuando interviene no le importa interrumpir o embarcarse en largos monólogos.

El sabelotodo: a veces sólo quieren brillar o imponer su opinión por medio de la seducción de la palabra. Es irritativo para el grupo a causa de su petulancia, con frecuencia se siente como si fuese el único capacitado para tratar el tema que está en discusión.

Pasivo: es el que no se interesa en nada. "pasa" de todo lo que acontece o al menos aparenta no importarle. Ninguna propuesta ni ningún tema le despierta entusiasmo alguno. Es indiferente y displicente.

La clarificación de los roles permite comprender los éxitos y dificultades de ciertos grupos como consecuencia de algunos comportamientos individuales. Debemos conocer toda esta problemática referente a los roles de los miembros de un grupo, puesto que ello facilita la realización de las funciones tendientes a que el grupo crezca y trabaje productivamente.

El Coordinador

¿Por qué es importante que el coordinador tenga conocimiento sobre teoría de los grupos?

Del coordinador va a depender, en gran medida, la calidad de la experiencia del grupo y la vida del mismo.

El método del trabajo con grupos incluye, desde luego, el empleo consciente por parte del coordinador, de las relaciones entabladas entre los miembros del grupo y entre ellos y su propia persona. El coordinador actúa, en efecto, principalmente por medio de su participación en el proceso de interacción que se produce entre los individuos que constituyen el grupo; pero él no es un miembro más de éste, alguien que se identifique totalmente con los demás y se deje absorber por las actividades del grupo como tal. Las funciones del operador son guiadas por su comprensión de la vida del grupo y de la necesidad que tenga cada uno de sus miembros. El coordinador ha de combinar, asimismo, el conocimiento de la dinámica individual y de la dinámica del grupo.

Cada coordinador va a serlo como producto de un trabajo sobre sí mismo, reduciendo ambiciones y aceptando los propios límites.

Función: el coordinador tiene la responsabilidad de motivar, orientar y marcar el camino del proceso grupal.

Perfil :

- facilidad para relacionarse
- facilidad para comunicarse
- flexibilidad
- manejo de conflictos
- actualización

Acciones del coordinador:

- dar libertad
- manejar las emociones
- generar la creatividad
- mostrar seguridad
- mostrar autoridad
- orientar
- ser paciente
- cuidar el grupo

Rol del coordinador

Facilitador: intenta mantener abiertas las vías de comunicación alentando la participación de los otros, o proponiendo regular el curso de las comunicaciones.

Iniciador: es quien tiene iniciativas, sugiere y propone ideas, procedimientos, problemas o temas para la discusión y el análisis.

Compendiador: reúne las ideas, las sugerencias y los comentarios de los integrantes del grupo y las decisiones para ayudar a determinar dónde está el grupo en un proceso de discusión o de acción.

Interrogador: formula preguntas, busca orientación, pide aclaraciones, solicita informaciones o repeticiones para sí o para el grupo, pide información autorizada y hechos pertinentes al problema en discusión.

Integrador: aclara las relaciones entre las diversas ideas y aportaciones, intenta extraer ideas claves de las diferentes contribuciones de los miembros o integrarlas en un todo significativo, también puede intentar coordinar e integrar las actividades de diversos miembros o subgrupos.

Características positivas o facilitadoras del coordinador

- **Capacidad de predicción:** tiene que ver con aprender de la experiencia. Puede reflexionar y predecir del otro a partir de los datos que indagó y que luego compara por analogía.
- **Actitud no normativa:** en el sentido que es alguien que tiene la posibilidad de ser depositario, dejar penetrar información sin calificarla.
- **Posibilidad de establecer relaciones insólitas:** se refiere a la posibilidad de ir uniendo elementos e ir teniendo una comprensión totalizante acerca de lo que está ocurriendo cuando aparecen situaciones muy contradictorias o confusas.

- **Capacidad para desembarazarse de ideas preconcebidas:** si deseamos conocer al otro, es imprescindible ver y escuchar a los sujetos en su peculiaridad.
- **Interés por investigar:** aproximándose a cada grupo como único con el interés de conocer cómo es.
- **Capacidad de escuchar y esperar:** darse tiempo antes de dar una respuesta, darse tiempo para comprender.

GABA CLÁSICO

La esencia de un grupo de autoayuda podría resumirse en el hecho de que cada concurrente tiene la posibilidad de compartir un problema o tema, — sin perder de vista que cada uno tiene su propia particularidad —, abriendo de este modo nuevas perspectivas, nuevas miradas que tal vez individualmente no se hubieran podido visualizar. El trabajo grupal genera las condiciones de posibilidad para la construcción en común de alternativas muy diferentes, de referencias y recursos valiosos para todos. Ya desde el comienzo del proceso, pueden observarse cambios fundamentales en el clima del espacio grupal: surgen nuevas esperanzas, anhelos de vivir mejor, comienzan a decaer sentimientos pesimistas, empieza a circular la palabra, la palabra que acerca y nos motiva a cambiar.

Un Poco De Historia....

No es novedosa la participación de adictos recuperados en los tratamientos para adicciones. De hecho, fueron ex-adictos quienes abordaron esta franja de la población que había quedado marginada mundialmente de las políticas de salud pública

Encontramos dos antecedentes claves:

- **1935** se funda Alcohólicos Anónimos, el primer dispositivo grupal de autoayuda en ser reconocido mundialmente. Es en y a partir de Alcohólicos Anónimos que se estima importante el testimonio de aquel que logró superar la adicción, como forma de motivación y aprendizaje para los que intentan dejar las drogas. Fue también en A.A. que se comprendió el hecho de que brindar ayuda pasando el mensaje de recuperación es la mejor manera de ayudarse uno mismo, ya que compartiendo lo que se consiguió, se conserva.

La dinámica de trabajo se realiza a través de un programa de recuperación de doce pasos y doce tradiciones; pero mucho antes de que hubiera un libro sobre los Pasos y Tradiciones, o un programa de recuperación, existió una noche en Akron, Ohio en la que un hombre llamado Bill W., solo en una ciudad extraña, llegó a la conclusión de que su única esperanza de mantener su presente y difícilmente lograda sobriedad, era la de comunicarse y tratar de ayudar a otro alcohólico. Esta fue la primera vez de la que se tiene noticia, en la que un alcohólico de manera conciente y deliberada, buscó a otro alcohólico **no para beber con él**, sino para **estar sobrio con él**.

- **1956**, Charles Dederich crea el Programa Synanon, matriz de todas las Comunidades Terapéuticas, basándose en la lógica de A.A.

Que las primeras Comunidades Terapéuticas fueran lideradas por personas ex -adictas, trajo aparejado una serie de cambios en lo que era por entonces el tratamiento para adictos. A los fines de la transmisión, tomamos el término "tratamiento" en dos sentidos: tratamiento como terapéutica y tratamiento en tanto trato o modalidad relacional hacia el adicto; sin dejar de tener en cuenta la íntima relación existente entre ambos.

Como terapéutica, propusieron de forma casi intuitiva, un modelo convivencial basado en la ayuda mutua en pos de un crecimiento personal.

Como modalidad relacional, implicó un cambio en la relación con los usuarios, ya que desaparece la oposición adicto-profesional dando lugar al pasaje de una actitud pasiva a otra de mayor responsabilidad activa. Esto último, más el hecho de que la concurrencia fuera voluntaria, generaba un alto grado de compromiso frente a la propia recuperación, compromiso que también se traducía en el establecimiento de un fuerte vínculo con los pares, con los operadores y con la Comunidad en tanto lugar de pertenencia.

Los supuestos en los que se basó este sistema de atención consistieron en:

- 1) pensar que la convivencia entre adictos encuadrada en un modelo de autoayuda permitía desactivar actitudes de simulación y mentiras.
- 2) que cada uno se hace responsable de su recuperación
- 3) que la lealtad que se genera hacia el grupo, funciona como una herramienta de "retención".

Concepto De Apoyo Social, Ayuda Mutua Y Autoayuda

Estos tres conceptos a veces se utilizan de manera indistinta e intercambiable. Sin embargo, hay algunas diferencias: no es lo mismo la autoayuda a secas que la ayuda mutua, pero - al mismo tiempo- podemos utilizar indistintamente *grupo* de autoayuda y *grupo* de ayuda mutua. Todo grupo de autoayuda es un grupo de ayuda mutua, la gente se "ayuda a sí misma", pero constituidos en grupo, de tal manera que comparten el problema y la búsqueda de solución.

El término apoyo social tiene un alcance más general, engloba a los anteriores, pero se realiza también por otras formas de actuación que no se realizan necesariamente a través de la acción en grupos. (Ezequiel Ander-egg: "Los grupos de autoayuda y el apoyo social")

La ayuda mutua es tan antigua como la humanidad misma, forma de apoyo que nace del impulso solidario de los individuos para con los seres más cercanos.

Posteriormente, fueron surgiendo otros ámbitos más amplios de solidaridad, y el concepto de ayuda mutua se fue enlazando con el de apoyo social o, en términos más actuales redes de apoyo informales.

Pero como se mencionó anteriormente, el término apoyo social tiene un alcance más general y se diferencia de la ayuda mutua fundamentalmente en dos puntos:

- No implica necesariamente la acción en grupos.
- No supone necesariamente reciprocidad en la ayuda.

Entonces, cuando hablamos de ayuda mutua, hablamos de acción en grupo y reciprocidad; lo que implica que el logro o éxito de uno es al mismo tiempo el de todos los integrantes del grupo.

Por otro lado, cuando pensamos en el concepto de autoayuda, podemos decir que:

- Es una acción que en última instancia es individual
- Se basa en asumir una responsabilidad personal para afrontar determinada situación.

La pregunta sería entonces: ¿cómo enlazar los conceptos de ayuda mutua y autoayuda?

Ander-egg dice que cuando la autoayuda se realiza participando en un grupo es de hecho también un grupo de ayuda mutua, donde cada concurrente se autorresponsabiliza y a la vez coopera con los demás ayudando y recibiendo ayuda, y donde estos roles (ser ayudado y ayudar) son intercambiables. Es decir, que cuando uno se autorresponsabiliza de determinado problema dentro de un grupo de pares, es indistinto hablar de grupo de autoayuda o de ayuda mutua.

Características Particulares De Los GABAS

Si bien esta modalidad de trabajo grupal tuvo origen en otros contextos socio-históricos y es implementada en la actualidad por distintas organizaciones, los gaba tienen particularidades distintivas, algunas de ellas son las siguientes:

- Los grupos están coordinados por un operador que forma parte de un equipo de trabajo, en oposición a la rotación de la coordinación entre los integrantes del grupo.
- El programa de principios, que utiliza todo grupo de autoayuda, en este caso no se referencia en ninguna religión.
- Se basa en la creencia de que la abstinencia no equivale a la recuperación y/o a la construcción de una forma de vivir más digna para la persona; y que más que un método sistemático para dejar las drogas y el alcohol remite a una práctica, que de efectuarse, brinda la posibilidad de cambiar y mejorar la calidad de vida.
- No se piensa en el “testimonio” como principal factor de motivación para aquellos que comienzan el tratamiento.
- Se toma como referencia la definición de salud de la OMS y la Ley de Salud Mental
- Se agregan en consecuencia, acciones de promoción de la salud.

La posibilidad de contar con un lugar de pertenencia en el que cada uno pueda compartir sus vivencias, alegrías y penas, cuidar y ser cuidado, ayudar y ser ayudado, es una posibilidad que muchos entienden como indispensable para la reconstrucción de lazos personales y comunitarios. Punto de partida para construir e instaurar – mediante el trabajo grupal- las condiciones necesarias para invitar a las personas a “pensar”. Creemos que una persona que no piensa, que no puede pensar-se, puede ser una persona que no sabe de sus derechos como ciudadano, una persona alejada de la posibilidad de preguntarse y problematizar su situación frente al problema del consumo de sustancias y frente a su vida en general; una persona para la que poder construir/se una mejor forma de estar en el mundo, muchas veces entra en el terreno de lo imposible.

Se podría decir entonces cuando hablamos de los grupos *gaba*, de un dispositivo socio-terapéutico basado en la ayuda mutua, en el que las personas comparten y participan de una experiencia que se vincula estrechamente con su realidad sociocultural. Es en este sentido, que van a ser la *disponibilidad, la percepción y el estar* en los contextos cotidianos lo que posibilitará con el tiempo, las condiciones para atender y prevenir el uso problemático de sustancias.

Herramientas Para La Recuperación

Podemos encontrar la esencia de todo grupo de autoayuda en la expresión: "COMPARTIR FORTALEZAS, FE Y ESPERANZA"

Basándonos en el "compartir" como elemento clave, se proponen y promueven otros valores:

- la sinceridad
- la aceptación
- la confianza
- la gratitud
- el interés por los demás
- el optimismo y
- la responsabilidad

En principio cabe recordar que todo grupo de autoayuda tiene un programa a desarrollar.

Los concurrentes a los gaba, sea en su modalidad clásico o familiar, cuentan con un cuadernillo de trabajo en el que figuran lo que podríamos llamar "herramientas para la recuperación".

No es casual el orden de aparición de dichas herramientas, por el contrario puede deducirse un ordenamiento lógico, un por qué. Se tuvieron en cuenta dos criterios: por un lado, los distintos momentos que implica el proceso de conformación de un grupo y de las condiciones necesarias que posibilitan el pasaje de un estado de serialidad a la constitución un grupo propiamente dicho; por otro lado, las particularidades del consumo problemático de sustancias, como por ejemplo, el aislamiento, las mentiras, la ausencia de aceptación de la enfermedad, la falta de responsabilidad frente a la propia recuperación, la dificultad para identificar y transmitir las emociones y experiencias, etc.

La primera de estas herramientas, "Nuestras Coincidencias", hace hincapié en la identificación mutua, en el compartir, y en la ayuda mutua como forma de autoayuda.

La segunda, "Autodiagnóstico", promueve el reconocimiento y la aceptación de la propia enfermedad, como así también, el compromiso ante la propia recuperación.

Le siguen el "Plan de las 24 horas" y el "Sólo por hoy", que fundamentalmente hacen referencia al logro y al sostenimiento de la abstinencia.

Por último, encontramos el "Programa de 10 Principios para la Recuperación".

La creencia de que la abstinencia no equivale a la recuperación y de que si bien no somos culpables de nuestra adicción, sí somos responsables de nuestra recuperación, impregna el Programa en su totalidad.

En función de lo anterior, si realizamos un rápido recorrido por los Principios, podríamos esquematizarlos en cuatro partes o bloques.

- 1) Los tres primeros apelan a valores tales como la Fe, la Aceptación, la Entrega, la Esperanza, la Honestidad y la Humildad.

- 2) Los tres siguientes invitan al Autoconocimiento, al Contacto con los propios sentimientos, a la Sinceridad, a adoptar una Actitud Positiva, a la Perseverancia y a la Solidaridad; cualidades básicas para lograr un cambio de actitud y de vida.
- 3) Los principios 7, 8 y 9, hablan de Perdón, de Gratitud, de Reflexión, de Comunicación, de Autoestima, de Buen Humor; condiciones fundamentales para crear y sostener relaciones sanas con los demás.
- 4) Por último el Décimo principio, apela a "brindar ayuda pasando el mensaje de esperanza y recuperación", basándonos en la más genuina solidaridad.

La Coordinación

Coordinar significa establecer esfuerzos para llegar a un fin. Un coordinador va a ayudar a un grupo al establecer las condiciones de posibilidad para que éste funcione como tal, es decir, coordinar no quiere decir tener todas las respuestas, saberlo todo acerca del problema de las adicciones, tampoco se requiere que el coordinador de este tipo de grupo haya atravesado sí o sí por una situación de consumo. Siguiendo este sentido entendemos que un buen coordinador es aquel que pasa "desapercibido".

Existen reglas y requisitos que constituyen el marco normativo del trabajo en los gaba y en ese sentido es necesario que el operador establezca desde el comienzo normas claras. Las más importantes son:

- 1) No concurrir a las reuniones con drogas, alcohol y/o armas, no consumir durante estas y si alguien saliera, consumiera y quisiera volver, no se lo debe dejar participar de la reunión. (aunque si puede hacerlo de manera pasiva).
- 2) Los operadores y/o concurrentes no podrán tener relaciones sentimentales y/o sexuales con los compañeros y/o familiares del grupo.
- 3) Se sugerirá a los concurrentes no llevar a cabo negocios, sociedades o préstamos de dinero entre sí.
- 4) Los operadores deberán hacer respetar el horario de inicio y la duración de las reuniones.

Más allá de la normativa, es importante saber desde el comienzo que el estilo de la coordinación va a depender de quien la lleve a cabo.

Hay intervenciones que es necesario hacer en el curso de una reunión, pero el momento y la forma en que se hagan, van a tener que ver con el enfoque del coordinador, basado en el análisis que él haga de por ejemplo, cómo está el grupo ese día, el clima de trabajo, si hay nuevos concurrentes, etc.

Las distintas maneras de coordinar tienen que ver con la personalidad del operador gaba; pero nunca debemos perder de vista que para sostener la unidad del grupo, no hay que anteponer las personalidades a los Principios del Programa, es decir, que frente a situaciones inevitables de enfrentamiento, discusión, etc., siempre es lo escrito en el programa lo que va a orientar la dirección a seguir.

Como operador gaba no hay que olvidar que:

- Las intervenciones y el entrenamiento son importantes, pero más allá del deseo de ayudar y de que el otro mejore *no está en las manos del operador que el otro se recupere*. Este reconocimiento interior no necesariamente hay que hacérselo saber al otro, es decir, uno puede y debe interesarse y esforzarse por que el compañero cambie, pero teniendo siempre presente lo antedicho.
- Una manera indicada de transmitir las propias experiencias es decir: "*... a mí me pasó lo mismo, y lo resolví (o no) así...*". y no : "*...lo que vos tenés que hacer es tal cosa...*". Si bien como operadores gaba tenemos inevitablemente en un principio un rol de "modelo" para quienes se acercan, esto no nos habilita para imponer a los demás lo que tienen que hacer. Por un lado, no sabemos si eso que queremos imponer funcionaría en los demás, y por otro, por las características mismas del Programa, sabemos que no alcanzaría para lograr la recuperación del otro.

Algunas sugerencias que el operador puede transmitir al grupo

- El grupo le pertenece, es suyo, y usted pertenece al grupo.
- El grupo necesita escucharlo, conocer sus experiencias, utilizar sus ideas y saber de sus sentimientos; pero también de lugar a otros y no monopolice el uso del discurso.
- Todos los concurrentes desean resolver su problema común, no es útil para ello, hacer pequeños subgrupos.
- Poder compartir y comprender el mismo problema lo hace sentirse parte de su grupo, pero no lo hace igual a los demás. Sus compañeros pueden tener ideas distintas a las suyas.
- Debemos respetar los tiempos y los resultados que obtenga cada concurrente.
- No se deje vencer por ideas negativas, cuando aparezcan, reconózcalas y dese la oportunidad de seguir concurriendo a los gabas.
- En un grupo se necesitan soluciones, no son útiles las quejas ni los lamentos, ni beneficioso dejarse llevar al terreno de los conflictos personales entre concurrentes, que provoquen discusiones estériles. El grupo está trabajando entre y para todos.
- Debemos decir dentro del grupo lo que hace al interés del mismo.

GABA FAMILIA

Introducción al problema de la Codependencia

Dos son los supuestos que guían el accionar de los operadores gaba familia:

1) El síntoma de las adicciones es un síntoma compartido.

Basándose tanto en la propia experiencia como en la de los concurrentes a los grupos, los operadores gaba plantean que: *ante una persona que consume drogas, siempre hay otra/s del entorno de ésta, que de alguna manera sostiene ese consumo.*

Cuando hablan de familia, lo hacen en un sentido amplio, refiriéndose a toda persona perteneciente a la red vincular de un adicto, ya sea un familiar o un allegado del mismo.

Cuando hablan de adicción, lo hacen pensándolo como un síntoma sostenido no solamente por la persona que consume, sino por una red vincular.

Tal es la razón por la que a veces se torna muy difícil discriminar quién es el paciente, porque más allá de que la consulta inicial la realice un "tercero", es decir, alguien que se acerca a pedir ayuda por y para un familiar con problemas de consumo, el que consulta se encuentra afectado y muchas veces indirectamente implicado.

2) Tanto la adicción como la co-adicción o codependencia merecen tratamiento.

Existen personas a quienes si bien no se les puede diagnosticar una enfermedad, presentan una serie de trastornos asociados con la adicción de otra persona; trastornos que, por sus características específicas, han sido denominados como *codependientes*.

Desde este punto de vista así como hay un programa de recuperación para personas que tienen un uso problemático de sustancias, es necesario establecer programas de tratamiento específicos para las personas con trastornos codependientes, más allá de que la persona que consume, haga o no tratamiento.

¿Qué es la Codependencia?

La Codependencia es un grave problema que puede observarse cuando una persona hace girar su vida entorno a la de otra, y al pretender ocuparse casi por entero de ese otro, su propia vida se vuelve inmanejable.

"Las personas codependientes se caracterizan por estar tan preocupados y absorbidos en tratar de rescatar, proteger o curar al que consume sustancias, que encaminan sus propias vidas hacia el caos."

Esto se traduce en situaciones tales como descuidar a otros miembros de la familia, desvincularse paulatinamente de los amigos, compañeros de trabajo, etc., olvidándose de los propios deseos, necesidades y responsabilidades.

Podría establecerse cierto paralelismo entre las personas cuyo eje es la sustancia y aquellas cuyo eje es la persona que consume.

- El adicto tiene una adicción a alguna sustancia.
- El codependiente tiene una adicción al adicto.

El siguiente cuadro da cuenta del por qué

CODEPENDIENTE	PERSONA QUE CONSUME
Elude sentimientos dolorosos al centrarse en el adicto	Elude sentimientos dolorosos al consumir
Sus estados de ánimo dependen de la conducta del adicto	Sus estados de ánimo dependen de los efectos de la droga
Emplea de forma creciente la negación para mantener la creencia ilusoria de que "todo está bien"	Emplea de forma creciente la negación para mantener la creencia ilusoria de que su uso de la droga está "bajo control"
Desarrolla tolerancia a la conducta del adicto, lo que antes le resultaba chocante ahora le parece normal y tolerable	Desarrolla tolerancia a la droga, cada vez requiere más cantidad para obtener el mismo efecto.
La conducta y los asuntos del adicto se convierten en una preocupación absorbente.	Conseguir y consumir sustancias se convierte en una preocupación absorbente.
La obsesión con el adicto lo lleva a aislarse y distanciarse cada vez más de otras personas.	La obsesión con la droga lo lleva a aislarse y distanciarse cada vez más de otras personas.
La vida se le vuelve ingobernable; pierde control sobre sí mismo y su conducta a medida que la conducta del adicto se convierte en una obsesión	La vida se le vuelve ingobernable; pierde control sobre el uso de la droga a medida que ésta se convierte en una obsesión.

¿Cómo distinguir una respuesta codependiente, de un estado de crisis o de intensa (pre)ocupación ante el consumo de un familiar?

Podría decirse que es "natural" que ante el descubrimiento o conocimiento de que un familiar o un amigo consume drogas, se intente ayudarlo.

El problema surge cuando esta ayuda tiene un *efecto contraproducente*, tanto para el que consume como para aquél que pretende ayudarlo, quedando ambos cristalizados en una modalidad relacional que no permite siquiera imaginar o crear otras formas de vinculación.

Y esto, no es sin consecuencia para los restantes integrantes de la familia, ya que progresivamente todos van quedando atrapados en un circuito en que los esfuerzos por cambiar al otro, fracasan una y otra vez.

Las personas codependientes suelen no implicarse en el síntoma de la adicción en el sentido de que depositan en el adicto todos los problemas personales y familiares. Es frecuente escuchar en los grupos expresiones del orden "... si fulano se recupera, mejorará la vida familiar...", culpando de este modo al adicto de todos los problemas y fracasos.

Progresivamente, van centrando sus vidas en torno a la vida del que consume: a medida que el problema de la adicción se agrava para el sujeto, los familiares van poniendo mayor energía y atención en los problemas, intereses y responsabilidades del mismo, cambiándolas por las propias; de esta manera sus propias vidas van quedando postergadas....."*ocuparse del adicto les da una sensación de alivio y distracción respecto de sus propios conflictos.*"

Diferentes respuestas que pueden presentar las personas codependientes

- *Negación o minimización de la problemática adictiva y sus consecuencias.*

Basándose en los relatos de muchos de los concurrentes a los gaba familia, los operadores señalan que lo que suele aparecer en un primer momento, es un mecanismo de negación o minimización del problema de consumo, tal vez como una estrategia para no enfrentar el miedo en algunos casos, la vergüenza o la culpa en otros. Suele escucharse: "...me dijeron que mi hijo se droga, pero él nunca haría eso porque es buen chico..."; "...son cosas de la edad..."; "...son los amigos ..."

Ahora bien, este mecanismo de negación funciona hasta cierto punto, comienza a vacilar ante la presencia de evidencias concretas de la adicción: indicios de sustancias, de intoxicación, pérdida de dinero, etc.

- *Actitudes protectoras que encubren las responsabilidades del adicto respecto de las consecuencias de su enfermedad; asumiendo responsabilidades que le corresponden al adicto al tomarlas como propias.*

A medida que la persona adicta va perdiendo control sobre su vida y las consecuencias de su consumo se tornan cada vez más graves, el familiar codependiente intenta sacarlo del paso y solucionarle los problemas que se van presentando ya sea laborales, financieros, delictivos, vinculares, etc.

Es decir, la conducta del familiar se va volviendo más permisiva, protectora, siempre justificada por el amor hacia el adicto, siguiendo la lógica de "Cualquier madre, padre, esposa o hijo lo haría". En este sentido, el codependiente se va haciendo responsable por la conducta del familiar adicto, "sacrificando o dejando de lado su propia vida"

El problema consiste entonces en que al colaborar con el adicto en evitar enfrentarse con dicha problemática, la facilitan y favorecen, incrementando de esta manera la progresión en la enfermedad.

- *Facilitación de condiciones para el consumo.*

Este es un tipo de respuesta que sigue el sentido del punto anterior, con la especificidad de que con el afán de proteger o evitar problemas de mayor gravedad, el familiar codependiente genera determinado tipo de condiciones o situaciones que favorecen el consumo. Aparecen de este modo frases como: "... prefiero que se drogue en casa y no en la calle..."; "...prefiero darle el dinero y no que salga a robar..."

- *Actitudes controladoras con respecto al consumo (Ver siguiente apartado)*

Diferentes posiciones que suelen adoptar las personas codependientes

- Aquellos que se ubican como SALVADORES, y se presentan frente al adicto como figuras omnipotentes e invulnerables; atribuyéndose la difícil y angustiante "misión" de rescatar al adicto.
- Como VÍCTIMAS del adicto, refiriendo frases tales como: "Por qué me hace esto a mí", culpabilizando al que consume de todas las desgracias.
- Otros pueden asumir el papel de PERSEGUIDORES, asumiendo una actitud controladora que los lleva, por ejemplo, a revisar las pertenencias del familiar, lo espían, o lo van a buscar a lugares de posible consumo, etc.

Específicamente...

Si bien se habla de la codependencia en términos generales, los operadores gaba familia remarcan cierta especificidad cuando esta enfermedad se presenta en relación con un adulto que cuando el que tiene un uso problemático de sustancias es un adolescente.

Cuando la persona adicta a sustancias es por ejemplo el esposo, la persona codependiente en principio no va a ver y mucho menos a aceptar la adicción de éste, por el contrario, actuará negándolo como problema y como enfermedad. Paulatinamente aparecerán pensamientos y promesas de cambio, que al no producirse traerán aparejados el maltrato, los gritos, el abuso y especialmente la falta de comunicación entre ambos.

Surgen así las actitudes controladoras, el establecimiento y la adaptación a un vínculo enfermo y enfermante para todos los integrantes de la familia.

Aún así, subsiste la negación a pedir ayuda.

Por su parte, los hijos son blanco de maltratos (físicos y psíquicos), de humillaciones, abandono, etc.

Son chicos que en la escuela tienen mala conducta (mal carácter, golpean a sus compañeros, lloran), presentan problemas de aprendizaje, tienen pocos o ningún amigo.

Estos niños tienen muchas dificultades para expresar sus sentimientos y pensamientos, logran ocultar y acallar sus problemas, incluso suelen negarlos. Sienten temor y vergüenza frente a lo que puedan decir los demás, actuando casi siempre a la "defensiva".

Cuando quien consume es un adolescente, los familiares (en especial el familiar codependiente) también niega en un primer momento la adicción, manifestándose un desconocimiento total de la misma.

Este desconocimiento puede prolongarse por años.

Cuando empiezan a aparecer signos del consumo, la persona codependiente comienza a obsesionarse con el adicto; cree que ella sola debe y puede solucionar el problema, justificándose en el amor incondicional y sin límites. Aparecen de este modo, las actitudes de complicidad con el adicto, donde se lo encubre y protege y una gran imposibilidad para poner límites.

Características personales recurrentes

A partir de lo trabajado en diferentes gaba familia, los operadores señalan que existen una serie de características y dificultades que aparecen de forma notable entre las personas codependientes.

Aparecen en especial:

- Dificultad para tener niveles adecuados de autoestima
- Dificultad para el establecimiento de límites con otras personas.
- Dificultad en la asunción de la propia realidad.
- Dificultad para expresarse con moderación

Y que toda esta serie conlleva a un deterioro en las relaciones vinculares, produciéndose por ejemplo:

- **Control Negativo:** ejerciendo control sobre el otro o permitiendo que el otro lo controle; ambas circunstancias favorecen respuestas negativas. De esta manera el codependiente pone al otro como el causante de su malestar.
- **Rencor:** lo utilizan como un recurso de protección y de recupero de la autoestima. El rencor tiene que ver con el deseo de venganza y cólera hacia el ofensor. Este proceso debilita al codependiente, ya que implica una suerte de victimización que trae aparejadas emociones dolorosas tales como: vergüenza, cólera, frustración y depresión.
- **Espiritualidad en deterioro:** transforman al otro en su poder superior o se transforman en el poder superior del otro, a través de sus emociones negativas.
- **Dificultad con la intimidad:** tiene que ver con la dificultad de compartir la propia realidad y recibir la realidad de los otros.

Vivir con alguien que sufre la enfermedad de la adicción es demasiado devastador para que la mayoría de las personas lo soporten sin ayuda.

Uno de los espacios asistenciales posibles son los grupos de autoayuda para familiares y allegados (gaba familia).

En estos grupos se trabajan especialmente los siguientes temas:

- *El reconocimiento de la propia enfermedad y de que la vida de uno está fuera de control.*
- *La aceptación de la necesidad de pedir ayuda; de un tratamiento.*
- *El reconocimiento de las propias imperfecciones.*
- *Aprender a tratarse con respeto.*
- *La autoconfianza y la autoafirmación.*
- *La autoestima*
- *El establecimiento de límites*
- *La asunción de los propios deseos y necesidades*
- *Elaboración de proyectos propios.*
- *Reconstrucción del sistema de valores.*
- *El desprendimiento emocional*

EL TRABAJO EN CALLE DEL OPERADOR GABA

Cuando hicimos referencia a los orígenes y fundamentos de los gabas, decíamos que una de las razones que llevaron a organizar este sistema de atención dentro de lo que era por entonces la Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones, consistió en tratar de llegar a un mayor número de personas con problemas de droga, personas que por distintos motivos, no se acercaban a los C.P.A.

Decíamos también, que el primer grupo funcionó no dentro de un C.P.A. sino en las instalaciones de una Parroquia. Esto quiere decir que desde el inicio la Secretaría, a través del Programa Gaba, percibió la necesidad de contar con dispositivos de atención descentralizados.

Las primeras experiencias enseñaron dos cuestiones fundamentales: Por un lado, que no es lo mismo coordinar un gaba dentro de un CPA que en una organización de la comunidad, ya se trate de una Parroquia, de un Centro de Salud, etc.

Por otro lado, que lograr la apertura y sobre todo el sostenimiento de un grupo descentralizado, requiere sí o sí, la realización de un trabajo de calle previo y a la vez permanente.

Pero hablar de "Trabajo de Calle" o "El trabajo de un operador de calle" o "Trabajo Comunitario", etc., expresiones que suelen utilizarse de forma indistinta, implica hablar muchas veces, de diferentes enfoques teóricos y de distintas estrategias de intervención según sean, entre otras cosas, los objetivos perseguidos.

En el presente artículo, y como lo indica el título ("El trabajo en calle del operador gaba"), vamos a recortar y describir algunos de los principios que direccionan el trabajo que realiza un operador gaba fuera de los C.P.A.

Inicialmente podemos decir que son dos los objetivos principales que nos guían:

- 1- La constitución de grupos de autoayuda descentralizados.
- 2- La derivación de concurrentes al C.P.A. (o a otro dispositivo de atención)

Comenzaremos por hacer una breve referencia al segundo objetivo para luego focalizarnos específicamente en lo que hace al trabajo en calle.

Derivación al C.P.A.

Aquí, el operador gaba es el puente, el nexo entre los potenciales pacientes y el Centro de Atención.

El operador puede derivar tanto a personas que concurren a un gaba descentralizado como no.

Pero la derivación de una persona también requiere de tiempo y de un trabajo previo. Demás está decir que si fuera sencillo para ésta ir en busca de ayuda a un Centro, lo haría sin necesidad de un operador o de cualquier otro agente. Por eso es fundamental tener siempre presente el factor *tiempo*; no se puede derivar de inmediato, ya que corremos el riesgo de que esa persona no vuelva al CPA, ni al gaba, ni al operador. Como decimos habitualmente, corremos el riesgo de que el paciente "se pierda".

Otro factor a tener en cuenta a la hora de intentar una derivación, es el *miedo*. Muchas veces las personas con problemas de consumo (o no) ante la sugerencia de hablar con un profesional, pueden decir: " yo no estoy enfermo", " Los psicólogos son para los locos".

Entonces, el operador debe trabajar en función de estos temores y fantasías que despierta el hecho de hacer un tratamiento con un profesional; lo puede hacer incluso desde su propia experiencia, relatando su propia experiencia.

Muchas veces el operador gaba cumple el rol de acompañante del potencial paciente para que llegue al C.P.A.

La constitución de grupos de autoayuda descentralizados.

En principio hay que pensar que no en cualquier lugar se puede realizar la apertura de un grupo.

Por ejemplo, si surge la oferta de hacer un gaba en un club barrial, siguiendo la idea de que es un lugar al que concurre mucha gente, un lugar de encuentro; o incluso que es justamente el lugar donde vamos a encontrar a los "borrachos del barrio", entonces ¡Qué mejor lugar para trabajar! , tenemos que analizar que es precisamente por esta razón que no podemos abrir allí un grupo. Y esto por dos razones básicas: en primer lugar, porque como parte del proceso de recuperación, se les sugiere a los concurrentes que dejen de frecuentar los lugares y acompañantes habituales de consumo; en segundo lugar, para evitar los dichos de los que puede ser blanco la persona que decide comenzar un tratamiento, por parte de sus antiguos compañeros de consumo.

Antes de comenzar a trabajar en el barrio, el operador gaba ya debe contar con un lugar para el grupo.

Si este lugar es por ejemplo una Parroquia, hay que dejar bien en claro que el gaba no es un grupo de la Parroquia, que ésta sólo brinda un espacio físico y que por ende puede ir cualquier persona.

Otras veces, hay que trabajar contra la mala imagen que dejaron otros que intentaron hacer algo en el mismo lugar, y que hace que la gente no quiera volver allí.

Sea el lugar que fuere, el operador, es un operador gaba, esto es, que el grupo va a desarrollar el programa gaba siguiendo las normas y pautas correspondientes.

Sin embargo, un gaba en la parroquia no es lo mismo que un gaba en el C.P.A. En la Parroquia el grupo suele ser más resistente, en el sentido de que muchos siguen consumiendo, entre otras cosas; entonces se pasa a priorizar por ejemplo, el hecho de que continúe concurriendo, mientras no vaya consumido y respete al grupo.

Decíamos al principio, que antes de abrir un grupo descentralizado, es necesario realizar un trabajo en calle.

Ahora bien, lo primero que debe tener en cuenta el operador es que ante todo, debe cuidarse a sí mismo. Es muy importante saber en qué lugares "meterse" y cuando. Por ejemplo, nunca hay que "parar" cuando la gente está consumiendo. Por un lado, porque en tal situación no es mucho lo que puede hacer el operador y por otro, se corre el riesgo de "quedar pegado" o incluso de ser detenido, y aunque tarde o temprano se aclare el malentendido, el operador pasaría varias horas en la comisaría.

Otra cuestión que es fundamental cuidar, es la propia familia. Muchas veces los pibes saben dónde vive el operador y en determinados momentos pueden recurrir a él en su domicilio.

En estos casos y sin pensar siquiera en riesgos mayores, el operador debe separar lo personal de lo laboral, poniendo distancia y estableciendo límites entre ambos campos.

Una de las herramientas que va a permitir mantener esta distancia es la posibilidad de recurrir a otro operador, de trabajar en equipo, de no estar solo. Lo importante es que el operador no se reserve nada que pueda perjudicarlo.

Operar en la calle implica revisar continuamente los modelos (o formas particulares y habituales de llegada o de intervención del operador) en el sentido de que, a diferencia de lo que sucede en una Comunidad Terapéutica o en un C.P.A. donde el paciente debe "adaptarse" a las reglas y normas de la Institución; el operador de calle debe conocer previamente los códigos que circulan en la comunidad en la que pretende trabajar. Es decir, es él quien debe "adaptarse" a las reglas y normas de determinado grupo.

Ahora bien, que el operador de calle trabaje teniendo siempre en cuenta los códigos de determinado grupo, no implica que no deba mantener los suyos propios. Actitudes tales como, el respeto al otro y a lo otro (a lo diferente); no "canchearear"; "no sabérselas todas", deben estar siempre presentes en el encuentro con cada persona, pertenezca a la comunidad que pertenezca.

Lo que va a posibilitar que el operador conozca y al mismo tiempo sea conocido y aceptado en determinada zona, es el hecho de "**caminar y compartir con la gente**". Esto es lo fundamental, es la base del trabajo de un operador. La palabra clave es COMPARTIR.

¿Por qué la calle?

En adicciones no sirve el "yo atiendo al que hace una demanda explícita", ni tampoco la actitud del que sale a la caza de "pacientes" haciéndoles "conscientes" de sus problemas.

La *disponibilidad*, la *percepción*, *el estar* en sus contextos cotidianos, forma parte de la esencia de cualquier recurso que pretenda trabajar en la calle.

Podemos llegar a decir incluso que las personas con grandes dificultades no tienen capacidad de demanda porque ni siquiera imaginan otro estado diferente de aquel en el que están. Aquí tiene que intervenir el operador.

En el caso particular de los adolescentes con mayores dificultades sociales, la calle es una nueva institución educativa, expulsados como están de otras instituciones, incluyendo la familia.

En la calle se da el marco de las relaciones sociales, de los estilos de vida, de las conductas en las que se inscriben los consumos de drogas.

Entonces, sólo partiendo de la calle como lugar clave, podrán existir figuras cargadas de confianza. Se trata de escuchar, de estar atentos, conocer, saber los que está pasando, detectar el malestar sobre el que se asentarán las posibles demandas de atención.

Principios básicos que direccionan la tarea de un operador gaba en la calle

El operador:

- No busca punteros.
- *No salva* a nadie. El sufrimiento y la muerte están en la calle y son parte del tratamiento.
- Entabla *confianza* para poder relacionarse y ofrecer una salida con el *tiempo*.
- Se conecta con merenderos, comedores, escuelas, centros de salud, iglesias, líderes barriales, etc.
- Nunca trabaja solo.
- No se "prende a hacer la segunda y consumir".
- Es *humilde*.
- *Respetar* el tiempo de cada cual.
- Queda al margen de los conflictos del barrio o de los conflictos entre barras.
- No compra cosas por izquierda cuando se las ofrecen.
- No se paraliza ante situaciones de consumo, sino que respeta y toma distancia.
- Respetar el espacio grupal en el que se va a insertar y a su líder.

ABORDAJE DEL TEMA DE VIH EN LOS GRUPOS

Introducción:

Hablar de Sida no es fácil, porque significa antes o después, hablar de sexualidad, de pareja, de embarazo, de drogas y también de muerte.

Es natural que estos temas produzcan vergüenza, miedos, incomodidad e inseguridad.

Pero aunque sea difícil, hay que hacer el esfuerzo y encarar el asunto. Sin embargo es preciso remarcar que saber más sobre el sida no es suficiente para responder de manera adecuada. Debemos enfrentar el tema intentando no juzgar, no condenar, no censurar.

Lo que queremos subrayar es que, si bien es cierto que el sida es una enfermedad producida por un virus, es también una preocupación social, un tema que aparece en nuestras conversaciones y en los medios de comunicación. Algo sobre lo que casi todos tenemos una opinión, y estas opiniones a veces nos ayudan a cuidarnos y otras veces, son una traba para la prevención.

Nos encontramos en un nuevo tiempo en relación con el VIH-sida. Por un lado, las nuevas terapias combinadas han demostrado su capacidad para detener su multiplicación del virus y permitir a las personas infectadas desarrollar sus vidas cotidianas en mejores condiciones. Por el otro el protagonismo social y político de estas mismas personas plantea y obliga encarar desafíos inéditos.

En efecto si bien los “cócteles” aumentaron más que significativamente la “cantidad” de vida, el accionar constante de las personas con VIH y su creciente organización, pone en el centro de la escena su “calidad” de vida.

Esto abarca cuestiones tan diversas como:

- el impacto de la noticia de tener VIH.
- La convivencia cotidiana con el virus.
- El dilema de a quién decirle y a quién no.
- El manejo de la confiabilidad.
- El acceso a los tratamientos y a los análisis.
- La vivencia de la sexualidad.
- El seguimiento de los tratamientos.
- Los efectos colaterales de la medicación.
- La prevención de las reinfecciones.
- La puesta en práctica del derecho a la salud.
- El pleno ejercicio de los derechos reproductivos de las personas con VIH.
- La discriminación.

Todos estos temas representan una parte muy importante de la vida de una persona que vive con VIH y que tarde o temprano va a tener que afrontar. Por esa razón es necesario como operadores GABA tener la capacidad para contener y aconsejar a dichos concurrentes a los grupos.

Cómo actúa el virus y sus vías de transmisión.

El VIH es un virus. Todos los virus son microorganismos que no tienen capacidad para multiplicarse por sí mismos, sino que para hacerlo, tienen que introducirse en la célula y utilizar la maquinaria reproductora de la misma a la que infectan en beneficio propio. Cada virus tiene la capacidad para invadir las células de defensa del organismo, destruyéndola progresivamente.

Cuando el virus entra en el cuerpo es reconocido como intruso y el sistema inmunológico o defensivo produce anticuerpos para neutralizarlo. Estos anticuerpos pueden ser detectados con pruebas de laboratorio mediante una simple muestra de sangre.

En la mayoría de los casos los anticuerpos son detectados entre dos y tres meses después de la infección. Si el test es positivo, porque hay anticuerpos, decimos que la persona es seropositiva.

El hecho de que una persona sea seropositiva para el SIDA no significa necesariamente que esté enferma de SIDA, pero sí indica que está infectada con el virus y que lo puede transmitir. Hay personas que, a pesar de estar infectadas, pueden pasar años sin manifestar síntomas, encontrándose bien y gozando de un buen estado general.

La presencia del virus no es detectable a simple vista.

La sigla SIDA significa SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA, hace referencia al conjunto de enfermedades que pueden llegar a afectar a una persona con unos CD4 bajos y con una carga viral alta.

Se considera que la infección llega a la etapa llamada sida cuando las defensas están tan debilitadas que no pueden protegerse adecuadamente; aparecen entonces enfermedades que no aparecerían si se tuviera las defensas bien. Son las llamadas enfermedades oportunistas. Cuando estas enfermedades se presentan, el sistema de defensas del cuerpo humano está muy dañado, por lo que habitualmente el estado general de salud de la persona se deteriora.

Los CD4 son uno de los principales tipos de linfocitos T o células luchadoras del sistema inmunológico, en realidad se utilizan indistintamente las expresiones linfocitos o linfocitos T, para referirse a las células del sistema inmunológico que son el blanco preferido del VIH.

El VIH infecta a las células CD4 y las utiliza para replicarse (hacer copias de sí mismo), las células infectadas por el VIH mueren, el sistema inmunitario se debilita, el organismo no puede defenderse y la persona puede desarrollar infecciones oportunistas.

Una persona con un sistema inmunológico saludable usualmente tendrá entre 700 y 1200 CD4 por mililitro de sangre pero esto puede variar según la hora del día y por un simple resfrío o una quemadura de sol.

En la actualidad al nivel de laboratorio una persona debe comenzar tratamiento cuando tiene menos de 200CD4 por ml de sangre.

Fases en la infección de VIH

1- En la primera, justo después de la infección, el virus se multiplica en el cuerpo muy rápidamente pero las defensas están todavía suficientemente fuertes para enfrentarlo.

Muchas veces durante esta etapa, las personas desarrollan una serie de síntomas similares a los de un cuadro gripal (dolor de cabeza, cansancio,

fiebre inflamación de ganglios del cuello), llamado “infección aguda por VIH o primoinfección”. Hay una primera etapa de infección de alrededor de tres meses en que la presencia del virus no es detectada por las pruebas de laboratorio, es el llamado periodo ventana. Es decir, que aún siendo negativa la prueba de detección de los anticuerpos, existe la infección y puede transmitirse.

2- En la segunda fase, se da una lucha entre las defensas y el virus. El VIH ataca y destruye algunas de las células defensivas. Sin embargo, el organismo es capaz de ir reponiendo las células destruidas, manteniendo un cierto control del virus.

Los anticuerpos ya son detectables en la sangre. En esta fase el virus está aparentemente inactivo y puede pasar entre 8 y 10 años sin que aparezcan síntomas. Puede tratarse de un período en el que no aparezcan problemas, pero no hay que olvidar que el virus está en el cuerpo y puede ser transmitido a otras personas.

De la paciencia, constancia y compromisos a la hora de los cuidados, seguimiento y tratamientos que recomiende el médico, dependerá la permanencia en esta fase asintomática de la infección.

3- En la tercera fase, el virus se multiplica rápidamente y aparecen las enfermedades oportunistas, que son aquellas que se aprovechan del mal funcionamiento del sistema inmunológico y que en condiciones normales el cuerpo superaría sin problemas. Esta fase, sintomática, es la que llamamos SIDA.

Aún en esta fase, la terapia antirretroviral suele resultar efectiva frente al virus y permitir que se reconstituyan las defensas.

El virus de VIH está formado por una partícula esférica pequeñísima compuesto de material genético en filamentos, llamado ARN (ácido ribonucleico), cubierto de una capa de proteínas que tiene puntas o púas que actuarían como llaves llamadas glicoproteínas GP 120 que lo cubren totalmente.

Es un “retrovirus” porque a diferencia de la mayoría de los organismos la información genética es guardada en filamentos simples de ARN, en lugar de una doble cadena de ADN (ácido desoxirribonucleico).

Las células de las defensas CD4 poseen un receptor y correceptores o cerraduras donde se insertan los GP 120 para poder penetrar a las células y completar el ciclo reproductivo del VIH, es lo que se llama la fusión.

En cada etapa intervienen unos mensajeros químicos llamados enzimas. A medida que el VIH entra al linfocito CD4, se desprenden de su capa proteica y el material genético ARN, por acción de la enzima transcriptasa inversa, se convierte en ADN viral.

Luego otra enzima, la integrasa, hace que el nuevo ADN viral se integre al ADN de la célula, cuando se juntan estos dos ADN comienza a reproducirse el virus, haciendo cientos de copias de VIH.

Otra enzima llamada porretaza permite que se junten todas las partes de virus, cuando éste se completa, se desprende de las células CD4 entrando al torrente sanguíneo o al líquido linfático para infectar otras células.

¿Cuáles son los controles médicos?

Antes de realizar un tratamiento contra el VIH, el médico debe conocer la historia clínica del paciente, realizar un examen físico y pedir varios análisis de sangre que incluyen: un recuento de CD4 y un test de carga viral.

¿Qué es un recuento de CD4?

El sistema inmunitario es el mecanismo natural del cuerpo humano para protegerse de las enfermedades, es decir, las defensas. Generalmente cuando hablamos de defensas nos referimos al número de linfocitos CD4 que contiene un centímetro cúbico de sangre (que es lo mismo que un mililitro).

Con el recuento de CD4 se conoce en qué estado se encuentra el sistema inmunitario. Se considera que la infección puede pasar a SIDA, cuando el número de CD4 es menor de 250 cel/ml.

¿Qué es la carga viral?

El VIH se multiplica en el interior de las células CD4 hasta que éstas se rompen. Luego gran cantidad de virus pasa a la sangre. La carga viral es la cantidad de virus que hay en determinados fluidos o tejidos de una persona infectada y se mide en cantidad de copias de VIH.

Los estudios habituales de control se miden en cantidad de carga viral en sangre, el número de copias por mililitro. Las personas con VIH que tienen una carga viral alta tienen más posibilidades de llegar a la fase, que aquellas con niveles bajos de virus. Este tipo de análisis, junto con el recuento de linfocitos CD4, sirve para saber cuándo comenzar el tratamiento, ver como responder a él, decidir si hay que cambiar algún medicamento y evaluar cómo la persona va evolucionando. Cuanta más alta sea la carga viral, más probable es que las defensas disminuyan y puedan desarrollar otras enfermedades; o dicho de otro modo, a menor cantidad de virus en la sangre, menor riesgo de enfermedad.

Es importante realizar una prueba antes de iniciar el tratamiento porque así, con mediciones sucesivas, se sabrá cómo va respondiendo el organismo.

Actualmente existen combinaciones de antirretrovirales que frenan la reproducción del VIH consiguiendo, con el tiempo, que no se detecte en la sangre. Ese es el objetivo del tratamiento antirretroviral.

Para detectar la carga viral pueden utilizarse distintas pruebas de laboratorio y cada una de ellas tiene un límite por debajo del cual, no se puede detectar el virus en sangre. Actualmente el límite mínimo detectable es de 40 copias por mililitro de sangre por métodos cuantitativos.

Tener una carga viral indetectable no quiere decir estar curado, sino que, sólo hay una cantidad pequeña de virus y que sin bajar la guardia se deben mantener las medidas de prevención ya que de todos modos el virus es transmisible.

Vías de transmisión

Sanguínea:

Al compartir agujas para el consumo de drogas endovenosas, al compartir elementos punzo cortantes (maquinas de afeitarse, etc.), al recibir sangre o derivados contaminados por el virus.

Se realiza un control sistemático de la infección por VIH en los centros de hemoterapia, en los trasplantes de órganos y en los donantes de espermatozoides. Lo mismo ocurre con los derivados sanguíneos destinados a los hemofílicos.

Sexual:

Al mantener relaciones sin preservativos (hetero, homo o bisexuales) con personas infectadas, mediante secreciones como espermatozoides, sangre menstrual, fluido seminal o secreción vaginal ya sea en forma oral, anal o vaginal.

Materno/Fetal:

Es la transmisión del virus de la madre infectada a su hijo durante el embarazo por vía placentaria, en el momento del parto a través de secreciones o en la lactancia, a través de la leche materna.

No hay posibilidad de transmisión sino es a través de un contacto directo con líquidos biológicos (fundamentalmente sangre) del enfermo y que entre en contacto con una efracción cutánea o con una mucosa (conjuntiva, boca)

La piel intacta es una buena barrera suficiente que impide el pasaje del virus. Se deben sin embargo evitar las cortaduras, pinchazos, vigilar permanentemente la integridad de la piel, protegerse con guantes, etc.; en caso de riesgo.

No hay que temer contactos tales como dar la mano, abrazar a un enfermo, besarlo, ya que dichos gestos ayudan psicológicamente al enfermo y reafirman su confianza.

No ha habido nunca un caso de transmisión conocido a través de peluquería o manicura. Aunque es evidente que en casos de cortaduras o excoriaciones se deben tomar precauciones.

La transmisión **NO** se realiza al compartir:

Juguetes

Baños

Alimentos

Piscinas

Vasos

Mate

Juegos

Utensilios de cocina

Platos

Cubiertos

Teléfonos

Transportes públicos

Ropa

Sanitarios

Picaduras

Sudor

Lágrimas

Recomendaciones provisionarias para el comienzo del tratamiento.

El descenso del nivel de los linfocitos CD4 se asocia estadísticamente con la aparición de enfermedades oportunistas (infecciones y/o tumores) algunas de estas enfermedades oportunistas no tienen tratamiento efectivo, otras disponen de tratamiento SUPRESITO???, en algunos casos de alto costo y efectividad limitada en el tiempo, con niveles diversos de toxicidad e interacciones medicamentosas, generadoras potenciales a su vez de morbo mortalidad adicional.

Dadas las evidencias que fundamentan el uso de terapia retroviral en pacientes que expresan marcadores de deterioro inmunológico (ascenso de CD4 y/o replicación viral activa detectable en plasma, el acceso universal a estas determinaciones de laboratorio es una condición fundamental para la toma de decisiones, tanto en el inicio como en el cambio de esquema de tratamiento.

El objetivo del tratamiento antirretroviral es lograr la máxima supresión de la replicación viral (medida a través de la carga viral) y mantener ese nivel de supresión por el mayor período de tiempo posible.

En pacientes sin tratamiento previo, el objetivo es lograr, en etapas razonables, niveles de carga viral por debajo de la detección de los métodos ultrasensibles.

Para ello el uso combinado de drogas con las cuales el paciente no hubiera sido previamente tratado es la opción más efectiva. Es la eficacia de un régimen y no el número de medicamentos que lo componen el concepto relevante.

Dado el carácter continuo del proceso de replicación viral, y la elevada tasa de mutación espontánea que presenta el VIH toda intervención del tratamiento debe de considerarse de alto riesgo de selección de cepas resistentes. Por lo tanto. La provisión continua y sin interrupciones de la medicación antirretroviral es una condición imprescindible para dificultar la expresión de este fenómeno biológico. En igual dirección, la educación del paciente y la información amplia sobre la importancia fundamental de preservar el cumplimiento estricto de las indicaciones es un componente ineludible de las presentes recomendaciones.

Tanto las ventajas del tratamiento temprano –las que deberán balancearse con los potenciales riesgos- como la profilaxis primaria de las infecciones oportunistas, requieren la consulta oportuna de parte de las personas que conviven con el virus. Una amplia proporción de infectados desconoce su situación, por lo que no puede acceder a las ventajas derivadas de la intervención temprana por ello es necesario intensificar las campañas de información a la comunidad, atentando no solo a evitar las conductas de riesgo, sino también a la consulta temprana por parte de quienes pudieran considerarse expuestas al contagio. Recordar la importancia de realizar sexología para VIH en embarazadas.

Decidir un tratamiento significa tratar de elegir el mejor esquema para ese paciente, considerando que el primer esquema será el que tiene mayor probabilidad de lograr el fin buscado de mantener la viremia por debajo de los límites de los métodos ultrasensibles.

Los programas de educación médica y las campañas de prevención deben incluir explícitas referencias a la inexistencia de evidencias que establezcan la equivalencia entre carga viral no detectable y negativización o curación de igual manera debe destacarse que todos los pacientes, aun aquellos con carga viral no detectable deben considerarse potencialmente infectantes, por lo que sus precauciones en su vida sexual y en el uso compartido de instrumentos punzo cortantes (por ejemplo jeringas) no deben de ser abandonados en caso alguno.

El diseño del esquema del tratamiento antirretroviral debe de ser efectuado en forma individual y teniendo en cuenta las condiciones médicas y la voluntad y capacidad del paciente para cumplir con las prescripciones.

Se recomienda que dada la complejidad que implica el uso apropiado de los antirretrovirales los mismos debe de ser prescritos y controlados por médicos con amplia experiencia en el manejo de pacientes infectados por el VIH.

El costo adicional de aplicación de estas recomendaciones implica para los financiados (el estado, la seguridad social, el sector privado) deberá balancearse no solamente con los beneficios en la calidad de vida y el tiempo de sobrevivencia de los pacientes, sino también con la reducción de costos por tratamiento de enfermedades asociadas o etapas avanzadas de la inmunodeficiencia, evidenciando con la reducción en el número y duración en las internaciones, como se ha verificado en diferentes países a esto deben sumarse los potenciales beneficios derivados de los años de vida productiva que no se perderán en pacientes oportunamente y adecuadamente tratados

ENFERMEDADES OPORTUNISTAS MARCATORIAS O DEFINIDORAS.

- Neumonía por pneumocystis carinii
- Hsv herpes zoster virus- culebrilla
- Candidiasis
- Cmv citomegalovirus
- Criptococosis
- Histoplasmosis
- Toxo toxoplasmosis
- Tbc tuberculosis
- S.k. sarcoma de kaposi

Hablar y compartir la experiencia de vivir con VIH.

(Lo que sigue a continuación es un material de información y referencia sobre distintas situaciones, escrito por personas portadoras de VIH)

Luchando con el miedo, el enojo, el dolor y la depresión.

Es natural sentir temor, enojo, soledad, o tristeza cuando te enteras de que vivís con VIH. Puede que te de bronca y sientas que la persona que te infectaste te traiciono.

Podes sentir miedo pensando en como reaccionaran tus seres queridos al saberlo. Podes sentir temor ante la idea de enfermarte.

Algunas personas pueden no sentir absolutamente nada. Todas estas reacciones son humanas y, en la mayoría de los casos, quedan atrás con el correr del tiempo.

Saber que tenes VIH te generara diferentes sentimientos y emociones. Los primeros meses después de enterarte son un periodo duro y difícil. A medida que pasa el tiempo, y si buscas ayuda y apoyo, la intensidad de estas sensaciones ira disminuyendo.

La tristeza y la angustia que te genera pensar continuamente en el VIH puede ser parecida a la de la perdida de un ser querido. Si hablas con otra gente que vive con VIH, te vas a dar cuenta de que no sos la única persona con estos sentimientos. Compartir con ellas las experiencias y sensaciones te ayudara a disminuir tu soledad y tus miedos.

Normalmente cuando estamos deprimidos y tristes, dejamos de hacer cosas con las que disfrutábamos, con lo cual la tristeza y la depresión aumentan. Y darte cuenta de esto te hace sentir peor. Es un círculo vicioso como una rueda sin fin. Pero si retomas aquello que te gusta y lo que disfrutas vas a romper con ese circulo continuo, (siempre y cuando esto no sea perjudicial para tu salud).

Haciendo estas cosas te vas a ir dando cuenta de que tu situación se va a ir "normalizando".

Averiguar lo que se pueda y se necesite saber sobre el VIH y las organizaciones y personas que están dispuestas a ayudar te permitirá sentir un mayor control sobre la situación.

Recordar que vivir con VIH puede ser un desafío, y que se puede aprender a convivir con él.

¿Cómo contar a otros que vivís con VIH?

Algunas personas con VIH cuentan su situación únicamente a su pareja debes tener claro que no tienen obligación de explicar su nueva situación. Uno decide a quienes explicarle, como contarlo y en que momento. También hay que decidir, cuando se tiene relaciones sexuales, como cuidar a la pareja y cuidarse uno de nuevas infecciones.

Algunas personas que viven con VIH se lo dicen a su familia y amigos.

Otros prefieren hablar de su nueva situación en un grupo de apoyo. En principio puede parecerle difícil puede ser que tengas miedo al rechazo a perder el apoyo y el amor de las personas que quieres al contarle. También puedes sentir temor a que cambie la relación que tienes con ellos o que se pierda definitivamente. Lo más importante es tener la seguridad y la confianza de que las personas a quienes les confíes tu situación sepan mantener reserva si vos se lo pedís.

No hay palabras perfectas ni fórmulas mágicas para decir que tenes VIH. Tampoco existe la manera de saber como van a reaccionar las personas en las que vos depositas tu confianza. Si decidiste contarle a alguien tu nueva situación:

- Elegí un lugar cómodo y confiable. Decir que tenes VIH puede resultar una experiencia emocionantemente fuerte y dura.
- Seguramente te van a preguntar sobre la enfermedad, tu salud y de cómo te infectaste. Vos decidís que información quieres dar. Si no quieres responder tenes que sentirte libre para decirle que es lo que esperas de ellos: alguien que te escuche o te abraza de vez en cuando..., la mayoría de las veces no nos han enseñado a pedir lo que necesitamos y este puede ser un buen momento.
- Es probable que algunas reacciones no sean de apoyo, que alguien se aleje por miedo a infectarse o por miedo a perderte. Vos tenes que pensar que se trata también de una situación nueva para los demás.

¿Cuánto tiempo queda de vida?

Nadie puede responder esta pregunta. ¿Qué va a pasar? ¿Cuánto tiempo va a vivir uno? Enterarte que tenes puede ayudarte a pensar que el final está más cerca, te recuerda que sos mortal. Esto puede arruinarte el día, la semana, el mes...

Vivir con VIH implica tener que afrontar situaciones con un importante peso psicológico y de fuerte contenido emocional.

¿Intentaste alguna vez verlo de otra manera?

¿No pensaste al mismo tiempo de ser más consciente de la muerte también sos más consciente de la vida?

No es descabellado que pienses en la muerte ya que en el pasado las palabras sida y VIH se asociaban rápidamente a ella. Pero eran los primeros momentos de la epidemia y no se tenían los conocimientos de ahora, ni se usaban los tratamientos actuales.

Gracias a los avances en todos estos años la esperanza de vida aumentó de un modo impresionante. Incluso en muchos casos no hay motivos para pensar en que sea diferente de la de una persona con otra enfermedad crónica.

¿Perdida de control?

Este sentimiento puede aparecer por muchas razones:

- Porque hay que ir al medico y hacerse estudios periódicamente y esto recuerda “cada tanto” la condición de enfermo. Además se debe de adaptar las visitas al medico a la situación laboral y personal.
- Porque no sabes lo que el virus esta haciendo en tu cuerpo y cualquier nuevo síntoma (una diarrea o una fiebre) supone un ataque de miedo. Puede ser que este sentimiento de perdida de control, en algunos momentos, sea algo intenso e importantísimo, que sientas que ya no manejas tu vida, que esta llena de imprevistos y de cosas que no elegiste. Es posible que te canse pedir licencia en el trabajo o contar historias para que nadie sepa que vas al medico.

Es una situación complicada que requiere de un tiempo de adaptación y de aceptación. El seguimiento y los exámenes son necesarios, ya que la medicina no tiene otros métodos para controlar la evolución de la infección. Pero lo que si se sabe es que, cuando mas le preguntas a los profesionales de la salud con los que estas en contacto tu sensación de control va a aumentar el saber mas y conocer mejor los procesos biológicos.

¿Qué hacer con los sentimientos de perdida?

Posiblemente al recibir el resultado positivo tuviste un gran sentimiento de perdida, tuviste miedo al futuro, a perder tu vida. Y es posible que aunque ya te hayas adaptado a tu nueva situación aparezcan momentos que te hagan revivir esa sensación: entrada al hospital, cambio de trabajo, desaparición o reafirmación de tus amigos/as, parejas, familia, sensación de falta de libertad para elegir la forma en que quieres vivir...

Todas estas experiencias generan sentimientos de perdida. A lo largo de la vida de cualquier persona las situaciones nuevas pueden generar estas sensaciones y precisan de un periodo de adaptación. Es gracias a esos sentimientos que tomamos conciencia de una nueva situación: son el principio o el motor de respuesta de las personas y es eso lo que te va a motivar a actuar. Es importante que sepas que todos esos cambios no los tenes que pasar en soledad. Vos decidís si quieres compartirlo, buscar el apoyo de tu familia y amigos. También podes contar con el apoyo de los grupos o de otras personas que trabajen en este campo.

Una vez que empieces el tratamiento antirretroviral y llaves un tiempo, es posible que te notes abrumado y cansado por esa rutina con tantas pastillas. También puedes ser que mas de una vez tengas que ingeniártelas para que tus compañeros de trabajo no vean lo que estas tomando para que no te hagan preguntas. Es posible que te sea complicado encontrar pastilleros para llevar encima las dosis diarias. Incluso a veces podes sentir que toda tu vida gira entorno a las pastillas:

- “No puedo salir esta noche porque no llevo la dosis, tengo que planificarlo todo”.
- “En invierno tengo que tomar mucho agua aunque no tenga ganas”.

- “Tengo que encontrar tiempo para ir al hospital”.

Este y otros pensamientos se te pueden cruzar y hacerte pensar en dejar el tratamiento: ¿Por qué esta esclavitud si me siento bien? Pero, hoy por hoy, el camino que se reconoce para controlar la reproducción del virus implica un tratamiento con estas dificultades para tu vida persona. Hay personas que han conseguido armar su rutina de manera que para ellos levantarse-ducharse-desayunar-tomar las pastillas es ya una actividad diaria mas.

Pensa en alguna situación similar por la que hayas pasado ¿Cómo reaccionaste? ¿Te puede servir de algo lo que hiciste? ¿Qué cosa te ayudaría a incorporar la medicación a tu ritmo cotidiano?

Acompañar y dejarse llevar

Lo que sigue a continuación esta relacionado con lo importante del consejo. Tendríamos que charlar un poco en lo que consiste esta tarea. En realidad en los grupos generalmente se entabla un dialogo entre la persona que va a buscar el servicio, los demás concurrentes y el coordinador que actúa como mediador y también funciona como una fuente de información.

Los objetivos pueden ser diversos: hablamos del tema de la prevención de VIH, podemos hablar de apoyo psicosocial de las personas que están involucradas directamente, personas que están viviendo con VIH y su entorno familiar. Podemos tratar de hablar con las personas viviendo con VIH sobretodo con lo que tiene que ver con los tratamientos, sobre la mejor manera de manejarse con el tema del VIH. Lo que se estaría haciendo con una labor así, básicamente es tratar de ayudar a las personas a definirse en distintos temas que es complicado llevarlos adelante. Cuando nosotros hablamos de vivir con VIH implica varias cosas; una de ellas podría ser como una persona que vive con VIH empieza a enfrentar su vida a partir de una nueva realidad. Entonces nosotros como operadores no tenemos que estar dándole directivas a la persona sino que lo que estamos tratando de llevar adelante es una actitud de acompañamiento. **¿Cómo logramos que las personas que están involucradas con el tema del VIH, que se sienten afectadas directamente, en general, puedan tomar sus propias decisiones más allá de estar en ese momento muchas veces en algún bloqueo emocional?**

Tendríamos que evaluar a quien esta destinada la labor del consejo. Esta labor se puede plantear para las personas que tienen VIH, para las personas que tienen algún grado de convivencia con personas viviendo con VIH, para las personas que desconocen su estatus positivo y tienen intención de hacerse una prueba para ver si tienen VIH en su organismo. La idea sería que cuando nosotros hablamos con distintas personas de acuerdo con las necesidades que tienen podamos ir haciendo un enfoque particular. No es lo mismo hablar con una persona que tiene VIH y que tal vez tenga dificultades con el tema de empleo, vivienda, dinero, que con una persona que tiene VIH que tiene estas situaciones más o menos resueltas pero lo que tiene es una dificultad para hablarle a su entorno familiar o con sus amigos.

Tenemos que hacer una diferenciación también en cuanto a una persona que se supone que ha estado en una situación de riesgo y quiere hacerse una prueba, aquí también deberíamos diferenciar que es lo que le

vamos a plantear a una persona que viene a buscar un consejo si un resultado le da positivo o si un resultado le da negativo. Son distintas alternativas que el operador tendrá que ir evaluando. Otro tema que sería importante es ver donde se realiza el consejo. En algunas oportunidades quizás sea necesario encontrar un lugar donde se pueda tener algún grado de intimidad hasta que el otro se considere preparado a compartirlo en el grupo y también va a depender de cual es el entorno en que se están realizando los grupos.

También tenemos que evaluar la importancia de los comentarios realizados en general para todos los participantes y el poder transmitir información a todos los concurrentes.

Resultamos confiables: éxito o fracaso de la intervención:

Cualquier persona que se realiza un análisis de VIH necesita poder hablar con alguien en un ámbito de confianza, necesita poder sentirse cómodo con quien va a escucharlo y a darle alguna información. Porque yo me tengo que sentar con esta persona y le voy a estar contando mis cuestiones que tienen que ver con lo personal. Por eso el tema de la confianza es fundamental, yo no me puedo sentar delante de alguien que no conozco que es la primera vez que lo veo y contarle cuestiones de mi intimidad si no estoy preparado con anterioridad. Por eso el tema de contener a la persona, de poder escucharla, es un tema bastante importante, si es que nosotros queremos hacerlo de una manera eficaz. El tema de que esto pueda ser planteado de una manera eficaz es importante ya que la persona que esta yendo a buscar la información, si nota que no esta siendo contenida, si percibe que no esta bien tratada o que no le están dando la respuesta que esta necesitando o que no le están respetando sus derechos, puede ser que no vaya a ningún otro lado a buscar un consejo, ni hacerse un tés ni continuar sus estudios, en el caso que el estudio le haya dado indeterminado; ósea que esto es muy importante. Es fundamental, porque muchas veces nosotros vamos a estar siendo un poco responsables de que esta persona vaya o no a buscar información a otro lado, si es que no este conforme con lo que nosotros le estamos diciendo.

Otro tema fundamental es el de la información y la educación. Si nosotros no tenemos toda la información que, de hecho no tenemos porque tenerla, es mucho mejor que le expliquemos a la persona que viene a buscar este servicio que vamos a averiguar lo que nos esta pidiendo, porque, en realidad no lo tenemos muy claro y no dar una información incorrecta.

Uno tiene que estar como bastante abierto al tema y a poder hablarlo claramente, a no tener preconceptos, a que la persona que esta buscando esa información se sienta que el que lo esta escuchando lo esta escuchando con una aptitud de respeto y sin un juicio de valor. Si viene una persona gay y yo tengo algún preconcepto contra la población gay, seguramente no voy a poder dar un buen servicio o si viene alguna trabajadora sexual, etc. Por lo tanto lo que tenemos que tener claro es que la persona que va a hacer la labor de coordinador tiene que tratar de cumplir el rol lo más objetivamente posible.

El operador deberá de tener en cuenta el temor a quedarse sin trabajo, el temor a sentirse discriminado, a no poder decirle a la familia que tiene VIH por el tema del rechazo, a la perdida de vivienda, a problemas económicos. Es bastante complicado y uno tiene que tratar de escuchar a esa persona y tiene que también escuchar cual su entorno familiar y que es lo que le esta pasando.

Las culpas y algo más sobre las pérdidas.

Una persona que tiene VIH experimenta una sensación de pérdida relacionada con su vida, con sus ambiciones, hasta con su atractivo físico, con sus relaciones sexuales, con todo lo que tiene que ver con lo afectivo. Muchas veces se plantea el tema de la pérdida de su autonomía, de su independencia y de su estabilidad financiera. Ósea que este tema también va a ser un tema bastante tratado en los grupos.

Esto lo va a ir resolviendo de acuerdo a lo que estuvimos hablando anteriormente.

Otro tema importante u que se da recurrentemente es el tema de la culpa, siempre hay como bastante culpa en la gente que viene a plantear ¿qué hago ahora con el tema del VIH? ¿Por qué a mí? Si hubiese hecho las cosas de otra forma, cantidad de cosas. Es importante hacer una primera contención y empezar a ver el tema de la depresión.

Otra cosa que también puede surgir en los grupos es cuando una persona con VIH se niega a tomar el tratamiento o cuando tiene resistencia a tomar los tratamientos por mucho tiempo que es un tema que también se da porque no hay una vacuna y los tratamientos son muy prolongados o indefinidos. Entonces eso hay que ir llevándolo. Como uno no se enoja con la persona que tiene enfrente porque a lo mejor tiene los medicamentos al alcance de la mano y no lo quiere tomar y tal vez haya otra gente que se muere porque no puede tomar nada. En lo personal, en el año 87' cuando empecé a recoger información sobre el tema de VIH no había medicamentos disponibles en la Argentina y recién el estado empezaba a suministrar AZT. En ese momento la gente tenía que tomar como 18 pastillas por día, se le caía el pelo, tenía muchos efectos adversos, pero no había otra cosa. Entonces es complicado, pensar que en ese momento la gente se moría por no tener los tratamientos y que hoy vos te podés sentar con alguien y que te diga: “no, mira yo no quiero tomar los medicamentos porque no estoy de acuerdo, porque no voy a tomar los medicamentos durante tanto tiempo”.

Palabras adecuadas, consejo eficaz.

Hay mucha gente que habla, cuando hablamos, por ejemplo de que su carga viral esta indetectable hay mucha gente que habla de “me negativice” y eso no existen. Si un operador le esta hablando a una persona que recién se entera de un análisis positivo y le habla de negativizarse esa persona piensa que no tiene mas VIH y que las cosas están bien. Uno tiene que tener muy claro eso. Al hablar de carga viral indetectable no estamos hablando de negativizarse. Esto mismo pasa con el tema de los bebés. Cuando comúnmente decimos que los bebés se negativizaron, esto quiere decir que los bebés nacidos de mamás con VIH, lo que han tenido es, cuando se les hizo el análisis, los anticuerpos de su mamá. Que tiene VIH, y por lo tanto con los tratamientos adecuados que se le dan a la mamá durante el embarazo y en el parto se reduce sustancialmente la transmisión de la madre al hijo. Este sería un caso de negativización, pero no es que todas las personas se van a negativizar. Es un tema importante. O cuando nosotros hablamos de “esta persona es VIH positivo” en realidad una persona no es VIH positivo, sino una persona vive con el VIH. Pero una persona no es VIH porque una persona no es el virus. Estas parecen cosas muy claras ahora que las podemos compartir pero en realidad cuando vos estas en una

situación límite o complicada, una situación de mucho estrés, o una situación donde emocionalmente uno puede estar desbordado por lo que tiene que atender, tiene que tener claro cuales son las palabras que va a estar manejando.