

Operador Comunitario socioterapéutico y de calle

Introducción a la problemática de las adicciones



Subsecretaría de
Atención a las Adicciones

Ministerio de Salud - Gobierno de la Provincia de Buenos Aires

Indice

- **Presentación**
Lic. Patricia Segovia.

- **Introducción.**
Lic. Marisa A. Raggi.

Primera Parte

- *Comunidad terapéutica, desafíos actuales.*
Daniel Bacelar
- *Programa ambulatorio.*
Pablo de Vedia.
- *Grupos de Autoayuda bonaerense en adicciones-GABA*
Gustavo Puente
- *Familia y adicciones*
Silvia Vetrano

Segunda Parte

- *Variaciones sobre los fundamentos éticos de nuestra intervención o La pasión alegre.*
David Warjach
- *Aperturas a nivel grupal.*
Marcos Berstein
- *El dispositivo grupal o como pensar los grupos.*
Fabio Lacolla

Tercera Parte

- *La intervención en espacios microsociales: Una mirada a algunos aspectos contextuales y metodológicos*
Alfredo Juan Manuel Carballeda

- *La dimensión comunitaria de la clínica de las adicciones*
Marisa Raggi y José Luis Silva
- *La educación en los tiempos que corren*
Silvia Pisano
- *La juventud*
Kurt Rojas

Cuarta Parte

- *Nociones básicas para un aprendizaje racional de la farmacología.**
Roberto Baistrocchi
- *Clasificación de drogas y sus efectos*
Ana Maria Girardelli

Introducción

Lic. Marisa Raggi

Las adicciones, como toda patología de la cultura, son plásticas y multidimensionales, por lo que requieren de un abordaje acorde.

Todo enfoque bio-psicosocial debe tener en cuenta la realidad institucional y social: el arrasamiento de las redes sociales y las reglas del mercado sin regulación son el caldo de cultivo de esta patología.

Una respuesta institucional debe contemplar un abordaje en red, tanto a nivel de la red sanitaria y de la Subsecretaría, como en el plano comunitario, social y familiar. Se hace necesario realizar la oferta asistencial allí donde se produce la demanda, incrementar la accesibilidad a los servicios, dar la respuesta efectiva y derivar de manera adecuada.

Distintos espacios de formación, constituidos desde hace ya algún tiempo, nos han permitido establecer un conjunto de premisas, modalidades y recomendaciones aplicables a la tarea de toda persona que se dedique a trabajar en dispositivos de atención, independientemente de la especificidad que puedan adoptar cada una de ellos.

Hay una creciente complejidad en los abordajes terapéuticos consistente con el mismo cambio de la patología producto de las crisis socioeconómicas y de valores. Experimentamos la necesidad de instrumentar prácticas y herramientas adecuadas a estos cambios para intervenir en los procesos de atención de las personas con problemas de drogas (consumidores o en riesgo de consumo). Es imperioso reforzar la formación de los recursos humanos que serán parte de los equipos que se abocan a esta tarea. La demanda de atención crece y es necesario construir equi-

pos de trabajo inter y trans-disciplinarios. La figura del Operador es importante en este contexto.

Lejos estamos ya de la práctica pionera de los primeros operadores de las Comunidades Terapéuticas, que basaban su accionar mayoritariamente en su propia experiencia de vida, ajustada a la perspectiva de abordaje en lugares residenciales. Este modelo fundador de las prácticas de rehabilitación se revela insuficiente ante la diversidad que, como decíamos, actualmente observamos. Se han ampliado los contextos de atención – asistencia comunitaria, casa de día, ambulatorios, grupos de ayuda mutua profesionalizados, terapias de red, etc. -, se han introducido e intensificado las tareas destinadas al abordaje de los aspectos sociales, e incluso se configuró un campo de acción preciso - como opción vocacional - para personas que no atraviesan, ni atravesaron, en forma directa el problema.

Sin ánimo de sostener una actitud reduccionista o segregante, entendemos que para trabajar en el campo de la drogadependencia es necesario, un conocimiento exhaustivo del trastorno en su multicausalidad y desarrollo. Además, hay que superar la dicotomía que generalmente caracteriza al campo de la intervención terapéutica-educativa: por un lado, la teoría y la técnica profesional; por otro, la capacidad de empatía, la identificación y la experiencia personal de quienes no son profesionales de grado.

Creemos que los Operadores Comunitarios en Atención de Adicciones deben maximizar sus conocimientos en ese sentido, en la medida de sus posibilidades de capacitación, y ampliar su experiencia como herederos naturales de los Operadores Socioterapéuticos, sumando en su bagaje los conocimientos y prácticas de los operadores de calle, educadores sociales, animadores de tiempo libre, coordinadores de autoayuda, promotores culturales y otros nuevos «mediadores sociales» que pueden incidir desde sus propuestas en el terreno de las adicciones.

Esta especificidad en la formación se relaciona con un

modelo de trabajo y las estrategias que le corresponden: no sólo hay que trabajar con los adictos, marginados, violentos, etc. en los lugares donde «deben estar» - una vez que toman contacto con una Institución de control social -, sino también trabajar donde «realmente están» - las calles, las bandas, sus «territorios» - La formación debe tener en cuenta esta necesidad ya que un operador que tenga la posibilidad de trabajar en ambos contextos, será una persona que no trabajará reforzando las polaridades excluyentes - de mutua exclusión - que se constituyen entre los marginados y quienes los marginan (de un lado y otro), y de esta manera ser un «gestor de integración social».

El Operador de Calle es un nuevo actor social que debe trabajar con una conceptualización dinámica y articulada en el terreno mismo de la práctica social e institucional.

Su función es trabajar en los espacios de frontera entre los diversos subsistemas (red familiar, red significativa, red social, red institucional) y regular los intercambios entre los subsistemas comunitarios y sanitarios. Le compete actualizar y diagnosticar la situación a nivel local; efectuar el mapa del barrio, tomando en cuenta los diversos estratos socioeconómicos y niveles educativos, las culturas tribales con sus referentes sociales y brindar la información necesaria para encontrar la respuesta adecuada y desarrollar las distintas estrategias de abordaje.

En forma conjunta con el Operador Comunitario en Atención de las Adicciones - Socioterapéutico y de Calle, el voluntario, con entrenamiento para el desempeño de su rol, trabaja para la transformación del sistema socio-familiar, articulado con los efectores y equipos tratantes.

La participación activa de los sujetos en el desarrollo de proyectos y actividades contribuye a lograr una mejor calidad de vida.

PRIMERA PARTE

Comunidad terapéutica, desafíos actuales

**Lic. Daniel Bacelar*

La Comunidad Terapéutica es una organización compleja que funciona en base a la construcción de un ambiente terapéutico, logrado por el accionar diario de todos sus integrantes. Dentro de esta estructura comunitaria se realizara, a través de las distintas actividades asistenciales, todo el proceso terapéutico.

Un proceso en el que intervienen diferentes actores, El equipo interdisciplinario, los pacientes y sus familias, cuya labor conjunta se tornara indispensable para el logro de los objetivos clínicos.

Uno de los principales objetivos institucionales será el de crear dispositivos que sean productores permanentes de espacios facilitadores, que favorezca el fluir de la palabra adicta y le permita nombrarse como sujeto; verdaderos espacios transicionales, donde dialécticamente se articulen espacios de terapia individual (fundando lugares de encuentro personal) y espacios grupales y comunitarios (fundando lugares de encuentro con los otros).

Fundar dispositivos que sean una bisagra articulada del adentro y del afuera social, que favorezcan la inclusión social del paciente, favoreciendo su reinserción en una comunidad en la que siempre debería estar inserto y de la cual la Comunidad Terapéutica será un ambiente artificial, una prótesis necesaria, en un momento determinado y llegado ese tiempo deberá caer para dar paso a

un momento lógico de pasaje a su entorno comunitario

En su terapia individual, el paciente tendrá la posibilidad de repliegarse sobre sí mismo, en un terreno que le permita indagar en las causas por las cuales él, como sujeto, se desdibujó frente al objeto de su adicción, correr al toxicómano del lugar que habitó y en el cual se sostuvo, mientras sus preguntas se detenían frente a su adicción.

En los espacios grupales y comunitarios, se buscará fundar lugares de convivencia que logren ubicar al paciente frente al otro social, y se encuentre con la norma, con el límite; otro social que lo sostiene, al tiempo que le marca la diferencia, y lo coloca en el plano del hacer, de la creación, del objetivo personal, proyectándolo hacia el afuera.

Espacios con la familia donde comiencen a pensar en una problemática compartida y no sólo de un miembro que designen como problemático, favoreciendo un mejor vínculo.

El abordaje debe ser desde la interdisciplina. En este tipo de dispositivos trabajan: médicos, psicólogos, psiquiatras, abogados, docentes, operadores socio terapéutico, trabajadores sociales, técnicos, personal de maestranza, administración, cocina, etc. Todos estos realizando el aporte desde su disciplina y su función, en el marco de la convivencia cotidiana y las actividades comunitarias.

Consideramos de fundamental importancia construir un verdadero espacio terapéutico y no meramente ocupacional del tiempo libre del paciente, ofreciendo cada lugar dispositivo como un espacio facilitador que transforme las actuaciones del paciente en palabras y un hacer que le permita revertir un proyecto tanático y autodestructivo, característico del cuadro adictivo.

Debemos estar atentos a que las diferentes intervenciones profesionales están determinadas por aquellas disciplinas en las cuales se enmarcan y a las teorías a las que adhieren, y que si bien existen diferentes concepciones teóricas dentro de cada disciplina, deberíamos construir una clínica en un terreno interdisciplinario en el que se respeten la pluralidad de concepciones teóricas y metodológicas sin la hegemonía de alguna práctica sobre las otras.

Existe gran variedad de tratamientos que se aplican en el campo de las toxicomanías, y conforman en la actualidad un amplio abanico. La mayoría de ellos sobrevive mas allá de los éxitos o fracasos que hayan obtenido con distintos modelos asistenciales, que responden a concepciones diferentes de esta problemática. Ninguna de ellos podría esgrimir de modo fehaciente y taxativo una mayor eficacia que las otras, de aquí la necesidad constante de poder evaluar nuestras practicas asistenciales (Korman 1995)

En la actualidad, asistimos a cambios en los tipos y en los modos de consumo y nuevas formas de presentaciones de los pacientes que acuden a nuestros servicios. Esto nos pone frente al desafío de ampliar la mirada y nuestra oferta a pacientes, que no eran los que tradicionalmente recibía la Comunidad Terapéutica (Pacientes adictos con estructuras neuróticas de personalidad), Hoy nos encontramos frente a pacientes con grandes deterioros cognitivos, estructuras psicóticas, trastornos graves de personalidad, entre otros.

En este sentido quienes consideramos a la Comunidad Terapéutica (C.P) como una herramienta que permite la resolución de problemas de tipo adictivo con la participación activa de los pacientes y los miembros que componen la comunidad, en un clima emocional que posibilite el cambio, debemos aceptar el desafío que implica trabajar con una población que se ha ido modificando y para la cual es necesario flexibilizar los modelos de abordaje, a los efectos de dar cuenta de la realidad de la consulta actual.

En la actualidad coexisten diferentes tipos de C.T. que brindan distintos servicios en la medida de sus posibilidades. En principio podemos encontrar tres clasificaciones:

C.T. no profesional.

C.T. profesional.

C.T. mixta.

Es de destacar aquello que se presenta como lo más valioso y que tienen en común estos tipos de tratamientos que es la estructura misma de la Comunidad Terapéutica y, aunque existen diferencias de una comunidad a otra, poseen puntos de identificación común, que hacen que ésta se presente como la estructura acorde por excelencia al tratamiento de toxicómanos.

Características de cada Comunidades terapéuticas: (gráfico 1)

Gráfico 1

TIPOS DE COMUNIDADES TERAPÉUTICAS:	CONFORMACIÓN:	TIPO DE TRATAMIENTOS:
No profesional	Comunidades religiosas o pacientes egresados de este tipo de tratamiento.	Tratamientos basados en la propia experiencia sin el abordaje profesional.
Profesionales	Equipos interdisciplinarios profesionales (médicos, psicólogos, trabajadores sociales, abogados, operadores Socioterapeutico.)	Ofrecen un abordaje acorde a la complejidad que la patología adictiva demanda.

Mixtas

Ex pacientes y profesionales.

Tratamientos
psicoterapéuticos
con la intervención
de los Operadores
que han sido ex pa-
cientes.

LA ESTRUCTURA DE LA COMUNIDAD TERAPEUTICA PROFESIONAL ESTA COMPUESTA POR:

EQUIPO TECNICO:

El equipo terapéutico evalúa el estado del paciente, supervisa los grupos de pacientes, asigna las actividades encomendadas, revisa las actividades de la casa, organiza proyectos sociales y recreativos, etc.

ESTRUCTURA DE ROLES DE LOS PACIENTES:

Los pacientes tendrán diferentes roles y funciones de acuerdo a lo asignado por el equipo Técnico. Estos son: roles precomunitarios, supervisores de tareas, encargados de áreas de trabajo y pacientes sin rol. (Esta modalidad de tener roles activos en el devenir cotidiano de la institución hace a una de las diferencias más importantes y ricas de la Internación en C.T. y otros tipos de Internación donde los pacientes tienen un rol más estático).

En la C.T. el paciente tendrá un rol activo y protagónico del proceso terapéutico que esta viviendo en este dispositivo de internación.

FUNCIONAMIENTO DE LA COMUNIDAD TERAPEUTICA

Básicamente las actividades de la C.T. consisten en el régimen diario de actividades estructuradas y no estructuradas y en la

interacción social que se da en contextos formales y menos formales del dispositivo.

Un día típico en la comunidad terapéutica empieza a las 7 de la mañana y termina a las 23 hs, durante este tiempo se realizan diferentes actividades, donde la interrelación de las mismas contribuye a la terapéutica del paciente en tratamiento y de su familia. (Grafico 2)

Habrán espacios de tratamiento individual, espacios de tratamiento con su familia, encuentros vinculares, espacios grupales con los demás pacientes de la comunidad terapéutica, espacios comunitarios, y espacios por fuera de la institución que permitan no perder el vínculo con lo social comunitario, favoreciendo el lazo social y la inclusión en espacios comunitarios por fuera de la C.T. Este es un punto especial a tener en cuenta ya que si no se trabaja bien la inclusión comunitaria del paciente, éste termina aislado, en una trampa que fomentará su dependencia desplazándola ahora a una institución, donde tendrá muchas dificultades para salir, quedando encapsulado y repitiendo la institución ese vínculo total que lo sigue tornando dependiente.

Es de destacar el carácter terapéutico que se le dará a las diferentes actividades y grupos del dispositivo institucional, así como a las diferentes intervenciones de los diversos miembros del equipo, que estarán en virtud del tratamiento y consensuadas por el equipo en función de lo que se está trabajando con la individualidad de cada caso.

Los integrantes de una C.T. pueden ejercer roles de conducción de actividades colectivas, que les den opciones de creatividad personal. Situaciones favorables para producir una impronta personal en esas acciones y en sus resultados, y consecuentemente, en la vida de sus compañeros de comunidad, y posteriormente de la comunidad en general. Constituyendo éstas las mejores con-

diciones para un tratamiento de internación. Sin embargo, su aprovechamiento no es automático ni rutinario. Requiere creatividad, desde un primer momento, por parte de los agentes de salud.

Cabe destacar que en la actualidad no hay un modelo o enfoque específico a cerca del funcionamiento de las Comunidades Terapéuticas. Sin embargo estas han ido ganándose un espacio

Horario	Lunes a viernes	Sábados y domingos
07.00 hs	Se levantan	
07.30 hs.	Desayuno	
8.00 a 8.30 hs	Grupo de pre-comunidad	
9.00 a 9.30 hs.	Asamblea de apertura	Taller de Oficio (sábados)
9.30 a 11.15 hs	Tareas comunitarias	
11.15 a 12.30 hs	Grupo de convivencia	
	Grupo de prevención se recaídas	
	Grupo educativo	
	Grupo de integración	
	Grupo de encargados de Areas	
	Grupo de proyecto de fin de semana(viernes)	
12.30 hs.	Almuerzo	
13.30 a14.30 hs.	Tiempo libre- Deporte- Recreación	Siesta (sábados y domingos)
15.00 a 16.30 hs.	- Grupo de evaluación del fin de semana (lunes) de martes a viernes: - Grupo de reinserción Familiar - Grupo sobre HIV - Grupo terapéutico - Grupo de sentimientos - Grupo de Actitudes -Asamblea Administrativa - etc.	Tiempo Libre (sábado y domingo)

16.30 hs.	Merienda	Visita familiar (Domingos de 16 a 18 hs.)
17.00 a 18.00 hs.	- Tareas comunitarias (huerta y jardinería)	18 hs Llegada de pacientes con salidas (domingos)
18.00 a 20.00 hs.	- Reunión multifamiliar (lunes) - Tiempo libre (de martes a sábado)	Grupo de evaluación de vi- sitas y salidas (domingos)
19.00 a 20.00 hs.	Aseo	
20.30 hs.	Cena	
21.30 a 22.00 hs.	Asamblea de cierre del día	
22.00 a 23.30 hs.		Grupo de Prevención de recaídas
23.30 hs.	Descanso nocturno	

importante en el tratamiento de las toxicomanías, constituyéndose como una de las alternativas más complejas para el tratamiento. Allí se conforman espacios microsociales de convivencia donde aquellos que participan conforman climas emocionales intensos que favorecen cambios de posición subjetiva, apoyados por un grupo que actúa como espejo, en un marco de encuentro con otro que lo organiza.

Será de fundamental importancia que en el proceso de Admisión, donde realizamos el diagnóstico del toxicómano, tengamos en cuenta que la C.T. va a constituir, si bien uno de los dispositivos

de mayor complejidad para el tratamiento, una de las posibilidades terapéuticas a ofrecer y que esa oferta debe fundamentarse en la necesidad clínica del paciente para formar parte de este dispositivo de atención.

Teniendo en cuenta que mayor complejidad no es sinónimo del mejor tratamiento para una persona, sino que el mejor es aquel que ésta necesita, hecho que tendrá que trabajarse en el proceso diagnóstico para realizar una oferta adecuada de atención.

Uno de los problemas básicos de estos dispositivos de atención es el aislamiento que muchas veces se provoca en torno a la comunidad de donde proviene el sujeto. En este caso la institución puede aparecer como una institución total, que lo aísla en un clima imaginario que poco tiene que ver con su configuración comunitaria, siendo esto fruto de dificultades en los procesos de reinserción social.

Deberíamos pensar estos dispositivos en una alta relación con lo comunitario evitando así potenciales riesgos de aislamiento que nos permitan una clínica donde los sujetos mismos efectúen una reapropiación de sus palabras y su saber sobre el síntoma, sobre aquello que les pasa. Un abordaje que tenga en cuenta la participación comunitaria, con criterios técnicos que tengan en cuenta los recursos propios de la comunidad y que sean considerados de importancia esencial para la planificación de las acciones, buscando una articulación de lo técnico que provenga de las disciplinas con la participación de los individuos y los conjuntos sociales en el abordaje de los problemas y la búsqueda de soluciones.

En la actualidad se están pensando tiempos más cortos de estadía en estos dispositivos de Internación y poder ir logrando un pasaje a un dispositivo semiresidencial (Hospital de Día) para que le permita al paciente no perder sus espacios comunitarios y evitar ese efecto no deseado de aislamiento.

También será de suma importancia el trabajo desde la intersectorialidad, ya que el paciente que llega a este tipo de tratamientos de Internación, posee un alto grado de deterioro y complicaciones en diversas áreas (salud, justicia, trabajo, educación, familia, vivienda) y se hace necesario actuar en las mismas. Esto porque en muchas veces son problemáticas de base que, si no se contemplan, cronifican los cuadros clínicos y hacen que se manifiesten constantemente la demanda de reinternación.

Para ello será necesario saber que debemos contar con estos otros sectores, para no caer en brindar falsas soluciones, reenviando al paciente como protagonista de sus cambios permitiéndole el tejido de una red para que pueda sostenerse en el afuera y dándole la oportunidad a la C.T. de contar con canales de acceso y comunicación con la comunidad.

Un factor importante a tener en cuenta son los cambios que se vienen realizando tanto en las modalidades en que se presenta el consumo de drogas, como así también en la demanda de los tratamientos, que dan por resultado un cambio en el perfil de pacientes que hoy nos toca atender en las C.T.

Esta situación nos ha llevado a ampliar la oferta a pacientes muy diversos con problemáticas graves. Pacientes con dobles diagnósticos (patologías duales), trastornos de la personalidad, trastornos psicopáticos, trastornos afectivos, sumados al consumo de sustancias y que ponen a la C.T. frente al desafío de atender a personas con muy escasa colaboración en los tratamientos, siendo el rol del equipo tratante de fundamental importancia en lo que hace a intervenciones terapéuticas consensuadas y a las actividades que se planifiquen en el que hacer cotidiano.

En este sentido la C.T. habrá de ir cambiando y flexibilizando su

accionar, en torno a la compleja problemática que ira recibiendo. Para esto será necesario contar con un equipo profesional e interdisciplinario lo suficientemente fuerte y capacitado para dar una atención y contención adecuada, en un dispositivo que provoca un desgaste emocional intenso en su actividad cotidiana. Requiriendo de una dirección y una coordinación terapéutica que permita que puedan trabajarse los conflictos y las diversas opiniones de los diferentes miembros del equipo, unificando criterios e intervenciones clínicas.

Asimismo será de gran ayuda para la C.T. contar con una supervisión clínica externa, que permita una mirada objetiva frente a las diferentes situaciones en que se ven inmersos los miembros del equipo en su accionar cotidiano y que si no se trabajan, dificultan la tarea y las relaciones interpersonales, tanto del equipo como de los miembros de la Comunidad.

*Lic. en Psicología. UBA. Miembro del cuerpo docente del Curso de Operadores Terapéuticos -SADA- Ministerio de Salud de la Pcia. de Bs. As. Director del Centro Modelo de Atención al Adicto Pueblo de la Paz
Miembro del Comité de Docencia e Investigación de S.A.D.A. Profesor Titular de Cátedra de la U.N.L.Z.
Miembro del equipo docente de la Maestría en Salud Mental Comunitaria de la U.N.L.A
Profesor Titular de la Cátedra Adicciones

Bibliografía

- Caseres C.: Salud y subjetividad. Ciriani M y Percia M (Comp.) Bs. As. Lugar Editorial 1998 Cáp. Reflexiones sobre el equipo de salud.
- Korman Víctor: y antes de la droga ¿Qué? Una introducción a la teoría psicoanalítica de la estructuración del sujeto – Publicaciones del grupo IGIA – Barcelona 1995
- Rotelli, F. Rehabilitar la rehabilitación, en Enfoques para un debate en Salud Mental. La Habana. Cooperación Italiana – Ministerio de Salud Pública 1999.

Criterios de Admisión y Derivación de la Red de Atención

**Lic. Pablo de Vedia*

Introducción

Se mencionan a continuación algunas de las variables a considerar en cuanto a la determinación de las diversas modalidades terapéuticas, así como aspectos que hacen a la definición del perfil del Operador Socioterapéutico, más allá del dispositivo asistencial en el que éste opere.

Criterios de Derivación a las Modalidades de Tratamiento en la Red de Atención

- El proceso de evaluación y admisión es entendido como la instancia primera en el contacto con el asistido, y se propone arribar a una precisión diagnóstica y a la determinación del tipo de tratamiento apropiado en cada caso.
- La posibilidad de indicar tal tratamiento, en el momento adecuado para ello, representa el punto culminante del proceso de admisión.
- Persigue evitar, dentro de lo posible, la interrupción de los tratamientos, y la sensación de fracaso que la misma conlleva para el paciente.

● De allí surge la necesidad de establecer criterios claros, precisos y unificados, como referencia para la derivación a cada modalidad de tratamiento:

- a) **Consultorios Externos:** representa diversas modalidades de atención, que tienen como denominador común su carácter ambulatorio: Entrevistas Individuales; Grupos de Admisión; Grupos Terapéuticos; Grupos de pacientes con Patologías Duales; Grupos de pacientes con Patología de Alcoholismo; Grupos de Proximidad; Grupos GABA., entre otros.
- b) **Casa de Día y de Medio Día:** implica una modalidad intermedia, en cuanto a la complejidad y la intensidad del tratamiento que representa, entre lo ambulatorio y el régimen de internación. Se compone de diversas actividades terapéuticas, que suponen una convivencia más prolongada con el Equipo tratante, en jornadas de día completo o medio día en la institución, al cabo de las cuales el asistido regresa a su núcleo de pertenencia.
- c) **Internación:** es el tipo de abordaje que implica la permanencia del asistido en la institución tratante, a los fines de su desintoxicación, o de su tratamiento a largo plazo en virtud de la dependencia de sustancias psicoactivas. Supone la convivencia plena con pares y con el Equipo interviniente. (Este aspecto fue desarrollado en una clase independiente, durante el presente Curso)

PROGRAMA ASISTENCIAL

1.- PROCESO DE ADMISIÓN

Primera escucha, individual/grupal. Relevamiento de datos. Pro-

puesta de pautas. Entrevistas diagnósticas, individual y de red. Eventual interconsulta psiquiátrica. Presentación del encuadre.

Objetivos:

- 1) diagnóstico presuntivo: toxicológico; de personalidad; familiar; social.
- 2) alianza terapéutica con el paciente y su red.
- 3) contención, captación y permanencia.
- 4) generación de conciencia de enfermedad y demanda de tratamiento.
- 5) introducir en el encuadre normativo del tratamiento.
- 6) determinar eventual derivación, dentro o fuera de la red.

2.- MODALIDADES TERAPEUTICAS

2.a.-CONSULTORIOS EXTERNOS/TRATAMIENTOS AMBULATORIOS

- Edad: Adolescentes, jóvenes, adultos y familias. Pacientes con red social continente que sostienen ocasionalmente alguna actividad, trabajo, estudio o resultan sostén familiar, o cuyo diagnóstico toxicológico permite un abordaje de menor complejidad que el de Casa de Día.
- Diagnóstico toxicológico: Frecuencia y cantidad de consumo: sin riesgo de vida inmediato para el consumidor.
- Modalidad: reactiva o sustitutiva.
- Capacidad de abstinencia: suspensión o disminución del consumo durante el periodo de admisión, o bien eviden-

cia de motivación para el tratamiento y conciencia crítica respecto al consumo, siendo presumible la suspensión o disminución del consumo durante el tratamiento.

●Vías de consumo: oral, fumada, inhalada o esnifada, (intravenosa, previa evaluación del contexto, estado clínico y grado de compulsión).

●Motivación y conciencia de enfermedad: conciencia de situación y enfermedad o notable progreso respecto al cuestionamiento de conductas de consumo y al efecto de las mismas, durante el proceso de admisión. O aún no habiendo conciencia de enfermedad, concurrencia sostenida y posible construcción de la misma a través del tratamiento.

●Red social de contención: referentes sociales con capacidad de contención, conciencia de situación y de enfermedad, capacidad autocrítica y responsabilidad, disposición a la intervención y al encuadre normativo terapéutico: familia, pareja, familia sustituta, con vínculos sólidos y relativamente sanos.

●Vínculos socio afectivos. Conservan vínculos separados del consumo de drogas: amigos que no consumen, eventualmente actividad laboral, escolar, o social estable, o tienen la posibilidad de generar dichos vínculos.

●Tratamientos anteriores: sin realizar, o abandonos previos.

●Diagnósticos que determinan la exclusión de pacientes a esta modalidad de tratamiento: psicopatías graves, psicosis productivas o sin posibilidad de establecer lazo social, perversiones, trastornos graves de personalidad ca-

racterizados por conductas agresivas y pasajes al acto, depresiones severas, deterioro clínico agudo o crónico.

2.a.1.- INSTANCIA INICIAL

Modalidad:

Alternativamente, grupo de pacientes y multifamiliar, talleres de reflexión, discusión en pequeños grupos de temáticas introducidas por los coordinadores.

Objetivos:

- a) Lograr, en lo posible, y sostener la abstinencia, o la disminución del consumo de sustancias psicoactivas.
- b) acompañar al paciente en la elaboración de situaciones de pérdida.
- c) armar la red e instrumentar el acompañamiento permanente.
- d) adaptar la situación escolar o laboral (si existe) en función del tratamiento.
- e) lograr conciencia de enfermedad individual y familiar.
- f) identificar conductas de riesgo.
- g) estructurar el tiempo libre, organización de lo cotidiano.
- h) motivación, armado de demanda de tratamiento.
- i) honestidad y compromiso con el proceso terapéutico.
- j) percibir el tratamiento como una instancia a conquistar.

Durante este grupo se ratifican o rectifican las hipótesis diagnósticas, y se evalúa, de acuerdo a éstas, a que programa terapéutico ingresarán el paciente y su red.

2.a.2.- INSTANCIA TERAPÉUTICA

Admite diversas modalidades, entre otras:

- 1) Grupo Terapéutico / Terapia Individual.
- 2) Grupo GABA
- 3) Grupos de Proximidad

Objetivos:

- a) comparte algunos de los previos, diferenciándose por los abordajes para trabajarlos.
- b) identificar motivaciones conducentes al consumo de drogas.
- c) favorecer la reflexión, acotar la impulsividad y el acto, y promover el despliegue del pensamiento y la palabra.
- d) sostener la abstinencia tras la desintoxicación.
- e) que los asistidos logren enlaces, entre los deseos de consumir y las causas predisponentes, implementando diversas estrategias para enfrentarlos.
- f) en caso de recaídas, valorar las mismas como situación de aprendizaje personal, familiar y grupal.
- g) valorar el encuadre normativo como elemento organizador de la vida diaria personal y familiar.
- h) identificar situaciones de riesgo y concebir estrategias de eficacia creciente para sortearlas.
- i) lograr una nueva representación para si mismo y en relación a sus grupos de referencia.
- j) lograr capacidad creciente de tolerar frustración y límites.
- k) constituir una red de acompañamiento que ayude a sostener los logros.
- l) afianzar nuevo estilo de vida y actividades saludables.

m) elaborar proyectos personales.

2.a.3.-INSTANCIA RESOLUTIVA (O DE REINSERCIÓN)

Pacientes que han cumplido con los objetivos de la instancia terapéutica en sus respectivos tratamientos.

Modalidad:

Dispositivo de frecuencia semanal. Temática a definir por emergentes grupales. Eventuales entrevistas individuales de orientación. Seguimiento familiar discontinuado o más laxo.

Objetivos:

- a) sostener los objetivos alcanzados en la etapa previa.
- b) profundizar la detección precoz del riesgo, y mejorar los procedimientos de prevención de recaídas.
- c) trabajar terapéuticamente sobre las dificultades cotidianas, en los diversos ámbitos de inserción.
- d) disolver paulatinamente la transferencia institucional.
- e) generar y descubrir nuevos ámbitos saludables de pertenencia.

2) Grupo GABA

Modalidad grupal de autoayuda, que se rige por el programa creado oportunamente por la Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones, supervisado por el área de coordinadores del mismo.

Funciona como modalidad terapéutica en si misma, además de ser utilizada eventualmente para sostener el tratamiento de pacientes

con episodios de crisis, o en combinación con otras modalidades.

Los pacientes pueden ingresar directamente al grupo, acercados por algún participante, en cuyo caso luego se les abre una historia clínica oficial, evaluándose la pertinencia de permanecer allí o ser derivado a otra modalidad.

Perfil del paciente

- Abusadores o dependientes de varias sustancias psicoactivas, consultantes por primera vez o con fracasos reiterados en tratamientos más normativos, o aún con patologías crónicas o con eventual seguimiento psiquiátrico.
- Los pacientes el grupo GABA, a solicitud de su coordinador, podrán tener entrevistas individuales o familiares con algún profesional del centro, en forma periódica, y para trabajar emergentes que no puedan ser abordados desde el dispositivo de autoayuda.
- No se prevé habitualmente el pasaje de los pacientes de este grupo a otra instancia de tratamiento, efectuándose el egreso desde el mismo grupo GABA.

3) Grupos de Proximidad

Dispositivo de acercamiento indirecto al paciente consumidor, a partir de la contención de su entorno social y familiar, es decir, aquellas personas involucradas con la adicción sin ser adictos.

Objetivos:

- a) contener al que se acerca a la consulta, movilizado por el consumo no asumido o egosintónico de su familiar.
- b) ofrecer estrategias en relación a acercar al familiar a la consulta.
- c) no interpretar ni juzgar, orientar y señalar la implicancia en relación a la problemática por la que consultan, a propósito de un familiar o allegado consumidor de drogas.
- d) trabajar la co-dependencia.

2.b.- CASA DE DIA

- Edad: Adolescentes, jóvenes y adultos jóvenes.
- Diagnóstico toxicológico: Frecuencia y cantidad de consumo: ídem consultorios externos.
- Modalidad: consumo reactivo, sustitutivo, y o compulsivo, sin riesgo inmediato de vida.
- Capacidad de abstinencia: suspensión del consumo. Disminución en frecuencia y cantidad durante la admisión. O bien evidencia de motivación para tratamiento, y conciencia crítica respecto al consumo, siendo presumible la suspensión o disminución del mismo durante el proceso terapéutico.

- Vías de consumo: todas.
- Motivación y conciencia de enfermedad: ídem consultorios externos.
- Red social de contención: necesidad de mayor contención que la ofrecida en consultorios externos, brindada por el encuadre institucional más complejo. Familia con compromiso y participación activa en el tratamiento, que deben trabajar para modificar modalidades de funcionamiento, sin conciencia respecto a la situación y enfermedad del paciente.
- Vínculos socio-afectivos: conservan algunos vínculos sanos pero necesitan internalizar pautas de comportamiento y modificar hábitos. Requieren de trabajo grupal que los ayude a superar la tendencia al aislamiento y marginalidad, y que promueva su resocialización.
- Tratamientos anteriores: sin tratamientos previos, o con fracasos en internaciones (ídem consultorios externos), en tratamientos en consultorios externos por necesidad de mayor contención, o en Centro de Día.
- Diagnósticos que determinan la exclusión a pacientes a esta modalidad de tratamiento: ídem consultorios externos.

Objetivos:

No difieren, en lo sustancial, de lo mencionado a propósito de los dispositivos previos, si bien se diferencian por el encuadre establecido y la metodología de trabajo en torno a los mismos.

Aspectos del Perfil del Operador Terapéutico

- Mantiene contacto constante con los asistidos.
- Interviene en temas ligados al tratamiento, como en otros generales, siempre terapéuticamente.
- Es siempre en relación con los pacientes un Operador, que interviene sobre un campo preciso, sobre sujetos o vínculos definidos, mediante acciones dirigidas, en función de metas u objetivos.
- No depende de encuadres rígidos o espacios definidos para funcionar como tal.
- Cuanto más logre su propia identidad de Operador, más desapercibido pasará como tal.
- Es quien puede estar entre los pacientes pero no serlo. Estar desde un mimetismo necesario, con empatía emocional, participación en códigos de comunicación, siempre desde una distancia instrumental operativa.
- Debe guardar distancia del compromiso emocional, por su cuidado personal, y por una cuestión estratégica. Es que mejor hará su trabajo, cuanto mayor sea la capacidad de maniobra terapéutica que logre tener, en función de la distancia emocional que se pueda dar respecto de aquel al que asiste.
- Un Operador sin capacidad discriminativa de sus propios aspectos, puede confundir insensibilidad emocional con carácter firme, o carácter débil con sensibilidad emocional.

- Si no tiene relación en él, entre sus aspectos emocionales y su aptitud de carácter, no tiene tampoco un modo de pensar y comprender la conducta y las emociones de quienes asiste. Trabajará más en términos de adiestramiento que de intervenciones con un sentido terapéutico.
- La distancia operativa es algo que él guarda frente a quienes asiste, y es el Operador quien se reserva el derecho de plantear el grado de cercanía – lejanía que considere necesario para que el vínculo terapéutico funcione.
- La función del Operador en la convivencia consiste en promover entre los asistidos, mediante un sistema terapéutico, que los mismos interactúen mediante la incorporación de las técnicas que promueve (y que funcionen como normas de convivencia).
- Debe conjugar en su intervención el rigor técnico y el aporte vivencial, lo ya aprendido y lo que surge de su creatividad. Si se guía por lo que siente, es factible que facilite el propósito del asistido. Si se orienta por la técnica, por la aplicación de normas, límites y respeto a las pautas de la estructura terapéutica, podrá responder con coherencia a la situación.
- El Operador es quien se involucra, interviene y pone el cuerpo para convertirse en estímulo del cambio del otro. Y se reconoce como parte misma de la escena terapéutica (no como observador externo), para generar otras alternativas al paciente, que le permitan descubrir nuevas opciones de vida.
- El Operador tiene su resguardo en el Equipo Terapéutico que integra, que le aporta la mirada que le falta en relación a las situaciones sobre las que opera.

- El propósito de la relación Operador – Paciente es el de la construcción de un campo de operación, que le permita a este bre las pautas de su conducta social

- Una satisfactoria calidad de dichas relaciones interpersonales, así como la adecuada distancia operativa para intervenir, darán al asistido la posibilidad de evolucionar, madurar y crecer en lo anímico.

*Lic. en Psicología, Universidad Del Salvador (1.991). Diploma de Honor. Maestría en Gestión de Servicios de Salud Mental, Instituto Universitario ISALUD (2.003). Director del Centro Provincial de Atención a las Adicciones de San Fernando, dependiente de la Subsecretaría de Atención a las Adicciones (SADA), del Ministerio de Salud de la Pcia. De Bs. As. Miembro del Equipo Técnico de la Dirección de Coordinación de Regiones Sanitarias, Subsecretaría de Atención a las Adicciones, del Ministerio de Salud de la Pcia. de Buenos Aires (año 2.002).

Bibliografía

- Bleger, José, "La entrevista psicológica, su empleo en el diagnóstico y la investigación", en "Temas de psicoanálisis. Entrevistas y grupo", Ed. Nueva Visión, Buenos Aires, 1971.
- Coletti, Maurizio, "El problema de las emociones en la psicoterapia de las dependencias tóxicas: las del Operador". Comunidad y drogas. Plan Nacional sobre Drogas. Madrid. 1987.
- Coletti, Maurizio, "Lo emocional vivido del terapeuta de las drogadependencias". Atti del Convegno: Feelings and Systems. Roma. 1992.
- Etchegoyen, Horacio, "Los fundamentos de la técnica psicoanalítica", Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1997.
- Freud, Sigmund, "Sobre la dinámica de la transferencia" (1912), Obras Completas, A.E., Vol. XII, Buenos Aires, 1976.
- Freud, Sigmund, "Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico" (1912), Obras Completas, A.E., Vol. XII, Buenos Aires, 1976.
- Freud, Sigmund, "Sobre la iniciación del tratamiento" (1913), Obras Completas, A.E., Vol. XII, Buenos Aires, 1976.
- Freud, Sigmund, "Puntualizaciones sobre el amor de transferencia" (1915), Obras Completas, A.E., Vol. XII, Buenos Aires, 1976.
- Winnicott, Donald, "Variedades clínicas de la transferencia", en "Escritos de pediatría y psicoanálisis, 1955-1956", Ed. Laia, Barcelona, 1979.

Grupos de autoayuda bonaerense en adicciones

- GABA-

**Op. Tp. Gustavo José Puente*

***Lic. María Fernanda García*

Origen y fundamento

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 adictas no se acercaban, o que en caso de sí hacerlo no se atendían en los CPA que en ese momento comenzaban a abrirse en la provincia.

Este hecho se debía a distintas causas: lejanía geográfica, dificultad de traslado, desconocimiento, negativa a tratarse con profesionales, negación y resistencia propias del trastorno, etc.; todas con el resultado común de quedar estas personas por fuera del servicio que se brindaba.

Por otro lado, otros adictos llegaban a los centros, pero una característica de suma importancia los dejaba en la misma situación que los anteriores: no tenían familia que los acompañara, o su red primaria se evaluaba como inconsistente.

Frente a esta situación se observa el siguiente hecho que hoy día se sigue sosteniendo: Aquellos que pueden ayudar en la tarea de acercar a los que no llegan a consulta, o acompañar para que se queden, sostiene de esta manera su propia recuperación y otros empezando; logrando de este modo el asomo de una red - par a par- como forma humana y solidaria, a la vez que actual, en el tratamiento de la problemática.

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

Que las personas con problemas de adicciones sean atendidas por operadores ex -adictos, no es algo novedoso. Trae aparejado una serie de cambios en lo que hace al 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.

Los supuestos en los que se basa este dispositivo de atención consisten en pensar:

- 1) Que la experiencia de aquel que logró superar la adicción es muy valiosa como forma de motivación para aquellos que intentan dejar las drogas.
- 2) Que esta misma experiencia vale también como vehículo de aprendizaje para crear y sostener una mejor calidad de vida.
- 3) Que la atención entre adictos encuadrada en un modelo de autoayuda-ayuda mutua permite desactivar actitudes de simulación y mentiras.
- 4) Que cada uno se hace responsable de su recuperación
- 5) Que la lealtad que se genera hacia el grupo, funciona en sí misma, como una herramienta de "retención".
- 6) Que brindar ayuda pasando el mensaje de recuperación es la mejor manera de ayudarse a sí mismo, ya que compartiendo lo que se consiguió, se conserva.

Características particulares de los "operadores GABA"

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 la particularidad de estar coordinados por adictos recuperados, específicamente capacitados, acompañados y supervisados en

forma permanente.

Forman parte de la red de la Subsecretaría de Atención a las Adicciones, esto se traduce en una articulación permanente con los restantes dispositivos asistenciales y con los equipos técnicos de los C.P.A.; de hecho el operador GABA es parte integrante de los Staff, más allá de contar con una organización interna encabezada por un Coordinador General.

Por otro lado, encontramos dentro del Programa, distintas modalidades según la problemática de los concurrentes a los grupos; hallamos así el GABA *clásico*, dirigidos a personas con problemas de drogas y/o alcohol y que eventualmente conviven con VIH-Sida; el GABA *familia*, para aquellos que sufren de "codependencia"; *el trabajo en calle* desde la perspectiva GABA, destinados a quienes no se acercan al CPA; GABA *hijos*, pensado en función de las no pocas dificultades y padecimientos a los que se enfrentan los hijos de personas adictas, y sus consecuencias; y GABA *orientación*, en la Unidad de Desintoxicación del Hospital Mercante.

Se puede encontrar la esencia de GABA en la expresión: **«Compartir Fortalezas, Fe y Esperanza».**

Quienes llegan a los grupos, lo hacen quebrantados por el consumo, y en un sentido crecen y mejoran en la medida en que aceptan que su crisis es permanente, ya que no hay cura sino recuperación. Esto no sólo no los desespera, sino que les da la fuerza y la esperanza para sostenerse, como dicen «un día a la vez».

La posibilidad de contar con un lugar 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.

Basándose entonces en el «compartir» como elemento clave, los GABA proponen y promueven otros valores:

- la sinceridad
- la aceptación del problema

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

Herramientas para la recuperación

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 acordaron llamar: *herramientas para la recuperación*.

No es casual el orden de aparición de dichas herramientas, por el contrario su ordenamiento responde a una lógica. 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 la serialidad a un grupo constituido. Por otro, la enfermedad de la adicción y sus particularidades, 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 creencia de que la abstinencia no equivale a la recuperación y de que si bien no se es culpable de la adicción, sí se es responsable de la propia recuperación, impregna el Programa en su totalidad.

Una buena manera de resumir dicho programa es advirtiendo 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 el estilo y la calidad de vida, dando por hecho que esto se logra mediante la abstinencia, pero yendo más allá.

MODALIDAD FAMILIAR

Dos son los supuestos que guían el accionar de los operadores en 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 gabas (tal como ellos mismos se denominan, nos referimos a 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.*

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

Así como hay un programa de recuperación para personas que consumen drogas, es necesario establecer programas de tratamiento específicos para las personas codependientes, más allá de que el adicto concorra o no a un tratamiento.

¿Qué es la Codependencia?

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

El problema surge cuando esta ayuda tiene un *efecto contraproducente*, tanto para el adicto 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 «... ¡fulano se recupera, mejorará la vida familiar...», culpando de este modo al adicto de todos los problemas y fracasos.

Diferentes respuestas que pueden presentar las personas codependientes

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

Específicamente...

Si bien se habla de la codependencia en términos genera-

les, los operadores GABA familia remarcan cierta especificidad cuando esta enfermedad se presenta en relación con un adicto adulto que cuando el adicto 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.

EL TRABAJO EN CALLE DEL OPERADOR GABA

Cuando hicimos referencia a los orígenes y fundamentos de los GABA, decíamos que una de las razones que llevaron a organizar este sistema de atención, 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 una salita asistencial, 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 en 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 subtítulo «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 los guían:

1. La constitución de grupos de autoayuda descentralizados.
2. La derivación de pacientes al C.P.A.

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

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 grupo descentralizado como no. En el caso de los menores, siempre se los deriva al C.P.A.

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 derivando en lo inmediato, ya que corremos el riesgo de que esa persona no vuelva al CPA, ni al gaba, ni al operador.

Otro factor que el operador GABA tiene 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...», o «... Los psicólogos son para los locos...», etc.

Entonces, el operador debe trabajar en función de estos temores y fantasías que despierta el hecho de hacer un tratamiento con un profesional.

La constitución de grupos de autoayuda descentralizados.

Antes de comenzar a trabajar en el barrio, el operador

GABA ya debe contar con un lugar para el grupo. Si éste 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, 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. Entonces se pasa a priorizar por ejemplo, que continúe concurrendo, mientras no vaya con consumo y respete al grupo.

Decíamos que antes de abrir un grupo descentralizado, es necesario realizar un trabajo de calle. Ahora bien, lo primero que tiene 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 donde 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.

Operar en la calle implica revisar continuamente los mo-

delos (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 GABA en 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.

Sin embargo, que el operador 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 «cancherear»; «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 de todo GABA es **Compartir**.

¿Por qué la calle?

Los hacedores del programa GABA, tal vez por sus vivencias e historias, por lo aprendido y compartido, o quizá por esa filosofía de vida tan particular que los identifica y que al mismo tiempo permite identificarlos, comprendieron desde un inicio que «el malestar y la muerte está en las calles».

Entendieron que, en el tema de las adicciones, no sirve el prestar atención únicamente a aquél que lo demanda de manera clara y concreta, que no siempre las personas que sufren esta enfermedad la perciben como un problema e, incluso, que muchos de ellos no pueden siquiera imaginar una vida diferente o una salida mejor que drogarse para sofocar problemas de otra índole.

Sin embargo, esto no se traduce en una actitud de salir «a

la caza de pacientes» diciéndoles que necesitan ayuda, o que están enfermos, o que sus familias están enfermas, etc.; ya que lo único que conseguiría el operador que persiste en dicha actitud, es que la persona de que se trate «le cierre todas las puertas».

Se trata entonces de saber ***estar, de estar disponible para cuando aquél que necesite ayuda, en el momento en que la pida, la encuentre.*** Van a ser la *disponibilidad*, la *percepción*, el *estar* en los contextos cotidianos de aquellos que sufren, lo que posibilitará con el tiempo, lograr la confianza suficiente y las condiciones para poder atender de forma eficiente y efectiva a aquellos que sufren.

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

El operador:

- **No busca punteros.** Por lo general, cuando el operador se acerca a distintas personas del barrio, éstas tienden a señalarle a los «punteros» del mismo. El operador debe dejar en claro que su trabajo tiene distinto alcance, que él no está allí para eso.
- **No salva a nadie.** Este enunciado está en relación con las expectativas que la gente suele depositar en el operador, como aquél que trae y tiene «la solución». También alude también al hecho de que el operador no debe identificarse con este lugar de «salvador» que muchas personas le atribuyen, no debe «creérsela».
- **Entabla confianza para poder relacionarse y ofrecer una salida con el tiempo.**
- **Nunca trabaja solo.** La experiencia ha demostrado que no es conveniente que el operador actúe solo, ya que se trata de un trabajo que en ocasiones implica una alta carga emocional y el «desgaste» puede llegar a ser desbastador. Estar con otro, es una

forma de apuntalarse mutuamente.

- **No se «prende a hacer la segunda y consumir».** Este principio puede parecer obvio, pero no es extraño que el operador caiga en el error de creer que para «entrar» en un grupo, tiene que «confundirse» en el mismo. Además, siempre ha sucedido que cuando el operador llega a, por ejemplo, una «barra», sus miembros ya tomaron conocimiento de su persona.
- **Es humilde.**
- **Respeto el tiempo de cada cual.**
- **Queda al margen de los conflictos del barrio o de los conflictos entre barras.** El operador escucha pero se mantiene ajeno.
- **No compra cosas por izquierda cuando se las ofrecen.** Muchas veces se le ofrece al operador, diferentes cosas «por izquierda»; es una manera de poner a prueba su integridad.
- **No se paraliza ante situaciones de consumo, sino que respeta y toma distancia.**
- **Respeto el espacio grupal en el que se va a insertar y a su líder.**

Este artículo está basado en la experiencia transmitida por los operadores de los grupos de autoayuda.

*Fundador y Coordinador Provincial de Programa GABA (Grupo de autoayuda de Buenos Aires). Docente del Instituto de Drogadependencia de la Universidad del Salvador (1996-2000). Director del Curso de Operador GABA de la U.S.A.L.(1996-2000). Director del Curso de Educador de Calle de la U.S.A.L. (1996-2000). Subdirector del Curso de Operador Socioterapéutico U.S.A.L.(1997-2000) . Director del Curso de Operador Socioterapéutico de S.A.D.A. (2002-2004). Director de la Formación de Operadores GABA

**Lic. en Psicología. Responsable del Equipo Técnico del Programa GABA. Responsable de la Formación de Operadores GABA. Colaboradora docente de la Universidad Nacional de La Plata.

La familia en el tratamiento de las adicciones

**Lic. Silvia Vetranó*

Lic. en Psicología de la Universidad del Salvador (1981), ha integrado la Subsecretaría de las adicciones desde 1999, en el C.P.A. de Pilar y en la Unidad de Desintoxicación del Hospital Mercante. Ha sido docente en la Facultad de Psicología de la USAL desde 1980 a 1989 y en la UBA, en el ciclo básico común y en la Cátedra de Psicología Fenomenológica. Los trabajos publicados versan sobre toxicomanía, delincuencia y práctica institucional

1. JUSTIFICACION

En el tratamiento de las adicciones rara vez se prescinde de convocar a la familia. Hay cuestiones que son del orden práctico: en principio lo más frecuente es que sea la familia la que trae al paciente y lo inste a iniciar tratamiento -la familia suele ser un factor de presión eficaz- además, la compulsividad del consumo trae situaciones de riesgo, por lo que es necesario contar con ella para que se haga cargo del acompañamiento y contención. Por ejemplo, cuando es necesaria una vigilancia de las 24 horas, y por último es indispensable cuando el paciente es una mala fuente de información,

Además se observó que todo cambio subjetivo, individual, produce inestabilidad en su entorno. Muchas veces la mejoría del paciente hace eclosionar una patología latente en otro miembro de la familia, que resistirá al cambio y puede poner en peligro el tratamiento mismo del paciente.

Fue en los tratamientos de alcohólicos donde primeramente se comprobó que los logros terapéuticos se perdían cuando el paciente volvía a casa con su familia, lo que llevó a estudiar los modos en que la familia influía sobre la conducta adictiva del sujeto.

Se comenzó a plantear fuertemente la hipótesis de que la familia era parte del problema, un conocimiento que ya era sostenido por las psicologías y el psicoanálisis, pero lo novedoso fue que se comenzó a considerar útil implicar a la familia en la solución del problema, es decir, que la familia intervenga de algún modo en el tratamiento.

a - Codependencia

Se ha reunido bajo esta nominación las condiciones subjetivas que se acomodan -en una relación de complementariedad- con la conducta adictiva de un cónyuge, un hijo, etc. Esta nominación fue propuesta por los profesionales del Councelling dedicados al alcoholismo y otras adicciones en EEUU. Las personas codependientes establecen relaciones de fuerte dependencia afectiva, lo que les impide reconocer que la relación es dañina y abusiva, y consecuentemente, poner límites.

En primera instancia se lo describe a partir de la observación de un tipo de esposa de alcohólico que vive empeñada en ayudar al marido a costa de sus legítimas necesidades. Presentan así una tremenda tolerancia al abuso y se infiere que su necesidad de dar y de sentirse necesarias deriva de su baja autoestima. Se ha descrito también este problema en las madres sobre protectoras que viven a través de un hijo, en una relación simbiótica.

La Codependencia lleva a una madre o a un cónyuge a hacerse objetivamente cómplice de una toxicomanía, por afecto, "bonachonería" o, tal vez, por cinismo inconsciente.

Por ejemplo, consideremos el caso -muy frecuente- de la mujer del alcohólico que sobrelleva con total entereza el alcoh-

lismo del marido. Esta mujer profiere amargas quejas y ruidosas protestas, pero mas allá se observa una satisfacción: dueña de las riendas del hogar, obtiene el apoyo incondicional de los hijos, que aman sólo a ella, acumula el poder del manejo del dinero y de las decisiones, en todo momento afirma su superioridad y resalta su condición de imprescindible dando a entender que el otro, daría lo mismo que estuviera o no.

El “descubrimiento” de la Codependencia significó que en los tratamientos se morigerara el tono moralista que ubicaba al alcohólico como un vicioso y a la familia como una víctima, se reconoció que ésta podía ser un elemento de ayuda pero también un elemento que obstaculiza el cambio.

Un caso que hemos recibido en el CPA servirá para apreciar como una Codependencia hunde sus raíces en la prehistoria de esa relación actual. Se trata de una mujer que acude al Centro en el contexto del ingreso de su hijo al tratamiento. En la entrevista individual, se le pregunta por el padre del paciente, y dice que hace un año por fin pudo separarse de ese hombre brutal y alcohólico, con el cual convivió 20 años. Habla de su vida difícil, huérfana de madre a los 7, había sido violada por un tío a sus 13 años. Su mayor dolor fue que el padre no creyó su denuncia hasta que hace un año, a punto de morir, este le confiesa que siempre lo supo, que siempre le creyó, que lo perdona.

“Hace un año” ella recibió este reconocimiento del padre y se pudo separar del marido maltratador. No pudo ella salvarse de una posición masoquista hasta que su padre le dio otro lugar a ella y ocupó otro lugar él mismo.

b -Lazo vs. Objeto

Pero se puede pensar aun otra razón por la cual es conveniente incluir a la familia del adicto en su tratamiento y es que con ello forzamos al sujeto a ocuparse de sus lazos afectivos, algo que su dedicación al objeto le permitía evitar o soslayar. De este

modo se le contrapone **el síntoma del amor a la solución por el objeto**.

La apuesta es la de restaurar para el sujeto toxicómano la dimensión del otro, que incluye la deuda y también la dependencia entendida como necesaria a la constitución del ser humano.

El toxicómano vive como en un islote dentro de la familia y de la sociedad, no hay que confundirlo con el joven rebelde, opositor. La sociología norteamericana de los años '50, reconoció este nuevo tipo de ciudadanos, por ejemplo, Cloward y Ohlin describieron la subcultura del abandono o **retreatist**, siguiendo la nomenclatura de Merton y los diferenció de la juventud rebelde, que activamente asume una actitud opositora. No es el caso del que está contra el sistema sino fuera del sistema.

Coinciden estos autores con la idea de que el toxicómano rechaza comprometerse en la relación de dependencia con el otro.

2. SURGIMIENTO DE LAS TERAPIAS FAMILIARES

Paralelamente a estos avances en los tratamientos con alcohólicos, en Palo Alto, California, en la década del '50 comenzó a trabajar sobre comunicación un grupo de investigadores: Gregory Bateson, Don Jackson, John Weakland, Paul Watzlawick y Jay Haley. Como estaban en el Hospital de Veteranos, Haley propone estudiar la comunicación de los esquizofrénicos y la relación de éstos con sus familias.

Fue de este modo que estos pioneros comenzaron a atender a sus pacientes con sus familias. Y este fue el comienzo de la Terapia Familiar.

El primer trabajo surgido de estas investigaciones fue el llamado "Doble Vínculo" y fue publicado en 1956. Allí se describe un modo de interacción donde los mensajes de una persona tienen un carácter circular, de modo que no pueden ser ni obedecidos, ni desobedecidos, ni se los puede cuestionar para así salir del círculo. Elaboran el concepto de madre esquizofrenizante, pero

tratan de evadir el modelo víctima - victimario que implicaba ese concepto y proponen el modelo de una causalidad circular, donde cada elemento del sistema es a la vez causa de un efecto en otro y efecto de un mensaje que tiene origen en otro.

La corriente sistémica considera que el síntoma del sujeto sería solo un índice de un cierto disfuncionamiento familiar. **Una familia, como sistema, se expresa gracias al síntoma de uno de sus miembros.**

La acción terapéutica se debe concentrar en el sistema y no en el síntoma del sujeto. Por lo que acuñan la expresión de **Paciente Designado o Identificado.**

En esta corriente de pensamiento se admite que determinadas características de la familia pueden resultar en una anorexia, una psicosis, un trastorno psicossomático o una adicción de uno de sus miembros.

Esto implica que no hay características exclusivas de los tratamientos de las toxicomanías.

Desde el enfoque estratégico de **Jay Halley**, se considera que el problema no es la adicción sino que una familia y un joven están en fase de separarse y que el comportamiento del joven impide esa independencia, siendo el objetivo del tratamiento liberar al paciente del triángulo familiar. Para Haley el diagnóstico sería el de un déficit de separación, una dificultad en independizarse y no tanto, como dijimos mas arriba, una dificultad en identificarse y entablar una relación de dependencia. Una diferencia en el modo de explicar las toxicomanías que va a tener importancia a la hora de diseñar estrategias terapéuticas.

Uno de los déficit que se destacaron como relevantes en las familias que ellos estudiaron, era el de los mecanismos de adaptación a las nuevas circunstancias, por lo que estudiaron mucho los ciclos de vida en los que estas familias quedaban estancadas.

Y dada esta característica es fácil deducir que cuando un terapeuta intenta introducirse en el modus vivendi de esas familias, se producirá un rechazo, por lo que se dedicó mucha elaboración al modo en que el terapeuta puede operar con él sin verse anulado en su diferencia.

Las intervenciones apuntan a desestabilizar las soluciones habituales con que esa familia enfrenta los problemas y a proponer alternativas.

Desde este enfoque se recurre a **técnicas directivas**, es decir que no se busca el insight ni la comprensión. Las directrices pueden ser directas o -las mas de las veces- paradójicas. Estas son el modo privilegiado para lidiar con actitudes de resistencia al tratamiento, con sujetos opositonistas y desafiantes. Consisten en intervenciones donde el terapeuta, por ejemplo, se sitúa desde abajo, "no podemos hacer nada, podrían ustedes ayudarnos", una intervención desde la incapacidad para evitar en la familia la sensación de sometimiento o el sentimiento de ser culpabilizada.

Otro modo es el de alinearse con la resistencia, así ante un integrante de la familia que se mantiene a distancia, elogiar su prudencia y alentarle a que mantenga distancia como observador. Se cuenta con que es difícil sostener una actitud desafiante si se nos pide que lo seamos.

En el esquema estructural **de Minuchin**, se diagnostica que hay patología familiar cuando la familia no cumple sus dos **funciones básicas: Pertenencia e Individuación**. Es decir, por un lado, dar apoyo, protección, todo lo que brinde el sentimiento de identidad. Por otro, socializar a partir del proceso de individuación. Las familias aglutinadas impedirán la independencia de sus miembros y las desligadas no brindarán suficiente apoyo y afecto.

Estudian, además los subgrupos dentro del grupo familiar: de padres, conyugal, fraterno, de mujeres, de hombres. En las familias normales, las fronteras entre subsistemas permiten preservar un terreno propio pero también una interacción fluida, mientras que en las familias disfuncionales los límites entre subsistemas son rígidos o excesivamente permeables. Por ejem-

plo, un subsistema de hermanos, puede funcionar con fronteras rígidas cuando entre ellos se encubren todo. En un subsistema conyugal, si las fronteras son difusas, puede suceder que los padres pierdan su espacio como pareja.

Como es evidente, estas técnicas no pueden aplicarse a todas las familias, Luigi Cancrini, admite que hay **“una selección implícita** en este tipo de tratamientos...restringidos a un tipo de familias cuya plasticidad le permite responder todavía a maniobras de tipo estructural. Para otras familias que viven situaciones mas graves... estos enfoques resultan mas difíciles de emplear”.

* Cancrini, Luigui; “Los temerarios en sus maquinas voladoras”; Editorial Nueva Visión; Cáp.5 Trabajo terapéutico con las familias; pagina 130

3. OTROS ENFOQUES. LOS TRATAMIENTOS EN LOS C.P.A.

Por ello las instituciones adoptan una variedad de enfoques que permiten incluir en los tratamientos a muy diferentes pacientes con diversos tipos de familia o sin familia.

En el caso de adicciones de púberes y adolescentes, si es posible, se incluye la familia en el tratamiento. Generalmente el paciente es traído por su familia.

Esto implica -como siempre que alguien “es traído” a un tratamiento- que habrá que hacer **el pasaje desde la situación inicial en que el paciente es un síntoma para el otro, a la situación en la que él mismo pueda tener un síntoma.** Es decir pasar de ser el que hace sufrir, el que produce angustia y provoca ira, a ser una persona que reconoce que tiene un problema.

En los CPA, las familias son recibidas en diversos dispositivos, como:

- **ORIENTACIÓN a las familias.**
- **Entrevistas UNIFAMILIARES al inicio o cuando las circunstancias así lo requieran.**
- **Entrevistas MULTIFAMILIARES, en Casa de Día o grupos de Fase.**

En el dispositivo de **ORIENTACION**, se reciben las consultas de padres o allegados que tienen dificultades en traer al hijo o familiar al tratamiento.

La conducción de estas entrevistas es sumamente importante, pues a veces de estos encuentros depende que el sujeto toxicómano pueda al fin acceder a un tratamiento. Es decisivo entablar una relación no evaluadora y de confianza con la familia.

Una vez establecida una buena relación, para conocer las actitudes familiares y también los hechos, se preguntará desde cuándo sabe la familia de la adicción de tal integrante, quién de ellos lo detectó y cómo y qué hicieron al respecto. Estas preguntas nos darán información acerca de la capacidad de decisión y de acción de la familia, hasta que punto han naturalizado la situación de consumo del familiar y sus posibilidades de cambio.

Es útil preguntar si es la primera vez que la familia se enfrenta con este tipo de problema con lo que indagaremos acerca de posibles "figuras – modelo" que puede haber tomado el sujeto toxicómano, así como también obtendremos información acerca de actitudes culturales hacia el consumo de sustancias. Es necesario detectar quien es la persona con mayor influencia sobre el sujeto que consume.

Una vez obtenido este cuadro de situación, se elaboran las estrategias conducentes a incorporar al sujeto toxicómano al tratamiento. Se darán a la familia instrucciones claras y nos aseguraremos de su plena conformidad con ellas.

Es apropiado que el clima de estas entrevistas sea práctico y contenedor. De ningún modo deben deslizarse actitudes culpabilizantes hacia la familia ni permitir que surjan y se desarro-

llen acusaciones entre los miembros de la misma. Se deberá recordar, si ello sucede, que estamos aquí para solucionar un problema y que saldrá mejor si todos colaboran a ello.

En una de estas entrevistas se presenta una madre que ha descubierto que su hijo consume marihuana, sabe de las malas compañías del hijo, sospecha que roba, le faltan varios objetos y ropa de la casa. Dice que su hijo no le permite acercarse con ánimo de hablar y que reaccionó con gritos y yéndose cuando intentó prohibirle salir. Tiene otros hijos con los cuales no hay estos problemas, ejemplares en su conducta y que reprochan con crudeza a este hermano.

Esta madre se queja del hijo en términos de que no entiende como le hace eso, de que esta conducta arruina la vida familiar y agrega que ya sufrió mucho y que no está dispuesta a seguir sufriendo. Interrogada acerca de este sufrimiento, habla del padre del joven, alguien que la abandonó ni bien nacido este hijo y del que ella rechazó cualquier posterior intento de acercamiento, porque "él toma, no le gusta trabajar, siempre lo veo en la parrilla del hermano, vive con los padres, nunca salió adelante".

El hijo sabe quién es su padre, pero nunca hubo contacto entre ellos.

El psicólogo introduce en esta entrevista un intento de dar sentido a la conducta del joven: le dice a la madre que tal vez su hijo con su conducta -parecida a **los sintamos del padre**- esté buscándolo, que tal vez tenga o haya tenido curiosidad por ese padre y que el modo brusco y tajante en que se resolvieron las cosas no le dio oportunidad de elaborarla.

En este caso hubo permeabilidad a la introducción de esta idea y ello permitió que posteriormente esta mujer fuera capaz de traer al hijo a tratamiento.

Hay al menos tres elementos que pueden explicar la eficacia de esta intervención:

1. Sacar a luz un elemento rechazado por la familia, pero con suficiente fuerza emotiva como para producir efectos, aún estando oculto.
2. Permitted desfogalzar el problema del hijo.
3. Para muchas personas comprender algo, alivia la angustia y libera posibilidades de actuar.

A través de otro ejemplo podremos demostrar otro tipo de intervención, con un paciente de Casa de Día.

Se trata de un joven que a pesar de trabajar mucho en los espacios terapéuticos despliega en ellos, con bastante monotonía, la queja contra su madre. Le reprocha su poca dedicación como madre, su desesperación por salir, el tiempo que dedica a sus amistades, etc. En determinada oportunidad expresa con estos dichos su reproche: "quiere que yo sea niño de mi hermana así ella puede salir". A lo que el terapeuta agrega: "Y por qué niño y no **hermano mayor?**" Esta intervención inició un mejoramiento de las relaciones con la madre, disminuyendo sus reproches y abriendo espacios propios.

La eficacia de esta intervención consistió, en cuestionar el significado que daba el paciente a las intenciones de la madre, poniendo de manifiesto que el significado que él daba era elegido pero que había otros posibles que no lo ataban a lo que decía u ordenaba su madre. Efectivamente, el lugar que ocupamos de acuerdo al orden del nacimiento no es voluntad de nadie.

En este momento del tratamiento no se intervino sobre la **familia real**, sobre las personas reales y concretas, sino sobre el psiquismo del paciente, es decir, sobre las relaciones imaginadas. Imaginación de la que cada uno es responsable.

Se eligió tomar la oportunidad que nos dio el dicho del paciente y hacer una intervención que apunta a lograr un insight, una comprensión de su parte.

En este aspecto hay una diferencia muy tajante con respecto a la posición de un Haley, por ejemplo, que en su libro *Tácticas del poder de Jesucristo*, pag. 103, critica todo enfoque que se base en el supuesto de que hay relaciones familiares dentro del individuo, coherente con su enfoque **Conductista**, que admite sólo intervenciones desde la realidad de la interacción familiar. Este autor propone, más que ocuparse del mundo interno, atenerse a la conducta externa y la interacción.

Conductista o no, todo tratamiento debe considerar en algún momento la pertinencia de una inclusión de las familias en los tratamientos y por lo tanto una **intervención desde la realidad**. Esto quiere decir que se intenta modificar la realidad en que vive el paciente para quitarle escollos.

Pero esto debe ir acompañado y seguido de una elaboración **psíquica**, de lo contrario nuestra acción quedará como meramente **protésica** y su eficacia habrá caído cuando el paciente ya no esté mas en el Centro. Muchos avances logrados en los tratamientos resultaron de corta duración, debido a la excesiva confianza del equipo en las medidas de intervención sobre la realidad y en la influencia de su persona. Es decir, en la transferencia. La transferencia es imprescindible en la posibilidad misma de que exista un tratamiento, pero el trabajo psíquico es fundamental para cimentar los cambios. Dado que la eficacia de una acción exterior se sostiene mientras tanto el estímulo esté presente y se diluye en su ausencia.

4. TIPOLOGIAS DE FAMILIAS DE ADICTOS.

A- Las tipologías y las planificaciones del tratamiento, en el enfoque conductista-cognitivo, parten de la idea general de que no hay una especificidad en la conformación de las familias del paciente toxicómano. Jay Halley incluye al toxicómano dentro del grupo de jóvenes con "problemas de emancipación", sean

esquizofrénicos, adictos o con trastornos serios de comportamiento. Stanton y Todd, que trabajaron con él, también sostienen que el síntoma toxicomanía es uno de los modos de retrasar o anular la opción de irse de la casa para un adolescente.

Las características que definen a la familia del joven con problemas de emancipación son:

- a. Una fuerte preocupación de uno de los progenitores –generalmente el de sexo contrario- por el hijo y su enfermedad.
- b. Estructuras jerárquicas en las que el padre ocupa una posición periférica, a menudo son familias en las que el padre ha perdido el trabajo y el sostén económico es la madre, lo que causa una desvalorización de la figura paterna.
- c. Son padres que manifiestan no recordar nada de la infancia de sus hijos, dejando toda la información en poder de la madre.
- d. Parece que nunca entraron en la relación madre-hijo. El hijo ha quedado privado del aprendizaje de relaciones con terceros, lo que lo ha dejado prendido de un modelo de dependencia primario. De allí el carácter no socializado de estos sujetos y su dificultad para entrar en lazos que impliquen normas, contratos, obligaciones y derechos.
- e. Curiosamente estos padres, a menudo adictos al tabaco, al alcohol y/o a las drogas son tomados en este rasgo como modelos.
- f. Esto evidencia una alianza transgeneracional (Triángulo perverso) que implica la falta de límites normal entre el subsistema de los padres y el subsistema de los hijos, que vulnera la jerarquía familiar.

A raíz de estas caracterizaciones, la tipología propuesta consta de dos grandes grupos, por un lado:

Las Familias Aglutinadas: teniendo como base la simbiosis, hay dificultad para la individuación y se valoriza la pertenencia.

Las Familias Desligadas o Dispersas: en las que prima el clima de abandono, rechazo del hijo, negligencia.

Minuchin llegó a plantear un tercer tipo de familia, la familia psicósomática, así como Pichon Riviere aisló la categoría de familias hipocondríacas. Pero últimamente ha sido muy criticado el hecho de aplicar a las familias el rotulo del paciente identificado, es decir, si hay un paciente psicósomático, designar a la familia como psicósomática. Ya que no es la familia la que presenta un síntoma psicósomático sino uno de los integrantes. Del mismo modo, es criticable usar la categoría de familia adicta para designar a la familia donde uno de sus miembros es adicto. Son muchas las constelaciones familiares que pueden desembocar en la toxicomanía de uno de sus hijos, no hay especificidad.

B- Desde un enfoque teórico diferente, **D. Maldavsky** también considera que no hay una correlación única entre determinada constelación familiar y la adicción de uno de sus integrantes. En su estudio sobre procesos tóxicos familiares, llega a la conclusión de que estos pueden dar lugar tanto a conductas transgresoras en uno de sus integrantes, como a problemas psicósomáticos en otro, accidentes repetidos, violencia domestica o adicciones.

La toxicidad en los vínculos familiares sobreviene cuando un miembro de la familia, por su Constitución subjetiva, no puede procesar adecuadamente sus deseos en concordancia con las exigencias de la realidad. Por ejemplo, personas que se quejan por sufrir una invasión de la realidad, abrumados por problemas que no pueden resolver. Esta no resolución conlleva una situación afectiva desbordante y estos afectos tienden a ser descargados de forma automática con gritos, golpes, insultos.

En estos momentos toman a otros miembros de la familia

como lugar de descarga. Muchas veces, por ejemplo si se toma a un hijo como lugar de descarga, se lo carga de acusaciones varias y arbitrarias como un modo de justificar esos actos, cuando en realidad es una descarga "ciega" que solo recae sobre el miembro de la familia que la aguanta, mientras que otros toman distancia o se rebelan violentamente.

Con gran frecuencia este progenitor le hace a su hijo o a su entorno lo que él a su vez sufrió en la infancia. Transformando, lo que padeció pasivamente, en un ejercicio activo de lo mismo sobre otra persona que ahora ocupa el lugar pasivo que el ocupó en el pasado. Este es uno de los mecanismos de defensa más primitivos.

En estas familias predominan las actitudes intrusivas, alternando con su inversa, una distancia absoluta.

En estas condiciones familiares no pueden desarrollarse proyectos respecto de una exterioridad a la familia misma. Hay falla en la producción de proyectos vitales, sobretodo para las horas de ocio. Y si estos se formulan, encontramos que implican una falta de circulación o de futuro: relaciones imposibles, planes inalcanzables.

C – En suma, es importante detectar qué lugar ocupa ese hijo en la estructura familiar, si es que se tuvo lugar en su deseo o si por el contrario hubo abandono y negligencia. En estos casos el sujeto queda en posición de objeto caído y puede, en su intento de verificar si tiene o no un lugar en el Otro, llegar a una escalada de actuaciones cuyo riesgo último es el pasaje al acto suicida

Las figuras de abandono y desprotección pueden ser muy variadas. Están aquellas en las que, por la situación económica, se dificulta la función de amparo y tenemos el ejemplo de familias muy numerosas, en las que la madre se ocupa de los menores, atendiendo a lo urgente, llenando de exigencias a sus hijos mayores. A veces como resabio de la familia campesina donde los hijos muy rápidamente se incorporaban al trabajo en el campo y pasaban así a la égida del padre. En la cultura urbana la actividad

laboral fuera y lejos de la casa es lo más común y esto deja al padre con poca posibilidad de influencia sobre sus hijos.

En otros casos, la estructura psíquica de alguno de los progenitores está en primer plano. Por ejemplo la madre, de marcado carácter **narcisista**, para quien el hijo significa, eventualmente, un peligro para el valor narcisístico de su propio cuerpo, de su propia imagen. Sería un caso donde la mujer suprime a la madre. Si tiene una hija mujer es considerada como rival, como en Blancanieves. Para un hijo varón es sumamente angustiante esta madre que se le presenta como la madre seductora e incapaz de renuncias.

Un reverso es la madre **fagocitante**. La madre que se anula como mujer para ser sólo madre. El hijo le es imprescindible para mantener su narcisismo, -a veces como compensación de desventuras matrimoniales, a veces por su mismo rechazo de lo masculino- soportará difícilmente la emancipación de éste.

Del lado del padre, por ejemplo, el padre todo amor que no puede imponer ni normas ni disciplina, porque busca más bien la complicidad o el compañerismo con el hijo. Partidarios del pacifismo, evitan toda confrontación y si el hijo lo desafía, apelará a la razón, a la psicología, esgrimirá interminables argumentos, por no poder ejercer directamente un poder.

Otra figura del padre que es dable encontrar en las tóxicas es la del **padre-norma**: ese padre que sabe lo que es bueno y lo que es malo para el hijo, pero no atiende a su llamado. Se presenta como inflexible para aplicar la ley, las normas, sin investir con ningún deseo en particular a sus herederos. Puede combinarse con el padre humillado como compensación, como es frecuente en el padre alcohólico que en el intento de encarnar algo de la dignidad perdida enuncia normas de la manera más vacía y formal.

En la constelación familiar de otra de nuestras pacientes tiene mucha importancia el signo bajo el cual se formó la unión entre los padres. La pareja se había formado en torno al embarazo del que

nació la joven. La familia del padre trata de impedir el casamiento desvalorizando a la joven embarazada. Sin embargo él no se decide a abandonarla, se casa con ella, aunque dejando en claro que no es a ella a quien elegiría como esposa. Hace aquí una elección de la madre, contra la mujer. Y falta en esta decisión por el deber, el trazo de elegir una mujer para el amor y para el deseo.

Un tipo de familia que encontramos con mucha frecuencia en nuestra práctica es la **familia ensamblada**. En estos casos, la duplicidad de una de las figuras parentales constituye una configuración problemática.

Este caso ya había sido observado por los antropólogos al estudiar comunidades ordenadas por el sistema del matriarcado. **Malinovsky** estudió a las tribus de las islas Trobriand, en Indonesia donde la autoridad familiar no está representada por el padre, sino por un hermano de la madre: el tío materno asume la custodia de los tabúes familiares mientras que el padre, aliviado de toda función represora desempeña un rol de protección familiar.

A esta separación de las funciones (protección y amor por un lado y represión rivalizante por el otro) Malinovsky atribuye la ausencia de neurosis en los grupos observados.

Sin embargo, desde el psicoanálisis, se consideró que esta bifurcación de la función, más bien tiende a producir una idealización del padre que impide luego un normal desprendimiento.

Desgraciadamente ésta es precisamente la condición de muchas familias modernas debido al aumento de los divorcios y a la formación de **familias recombinadas**, en las que la mujer del padre ya no es la madre y el hombre de la madre ya no es el padre. El hecho de que no sea el padre biológico el que posee a la madre, anula ese carácter natural que tenía el derecho paterno para imponer la ley en su hogar.

Esto hace que el hijo se sienta con derecho a impugnar su autoridad y muchas veces la escena se completa con una madre vacilante a la hora de hacer valer su elección de pareja y el respe-

to por la palabra de este hombre. El padrastro aparece como rival sin la mediación del amor, sin el velo del amor, la relación con el macho dominante se le aparece en toda su crudeza.

Giddens toma nota de esta transformación familiar, que en las familias recombinadas al no ser ya biológicos, naturales, los lazos están sujetos a una mayor negociación. Ahora la confianza debe ser negociada y ganada. Los padrastros aceptan algunas obligaciones así como unos derechos, pero estos son compromisos negociados, ya no están garantizados. Por ejemplo en el hecho de que los hijos van a hacerse cargo de los padres cuando llegan a la vejez, que parece ser ya ahora mas un asunto que depende de la calidad de las relaciones que se hayan establecido, de una elección y no una obligación tradicional.

Podemos extraer algunas conclusiones del caso de una mujer que ha armado una familia, teniendo ya un hijo adolescente de una unión anterior, y acude al Centro buscando ayuda éste que consume marihuana y se junta con lo peor del barrio. Esta madre tuvo a D. muy joven, con un amor de la adolescencia, al que nunca mas quiso ver, a partir de una vacilación que tuvo él, cuando se enteró del embarazo. Es echada de la casa de los padres y emprende una vida llena de dificultades sola con su hijito.

Encuentra un hombre a los 3 años de su hijo que le ofrece protección, como el mismo llega a decir. Siguen 4 hijos más y crecientes desavenencias. Ella, afirmando siempre su independencia, dice en las entrevistas "me quiere atrapar haciéndome hijos". El ofreciendo todo lo que tiene para efectivamente capturar el objeto de su deseo. Muchas peleas surgen en relación a D.: ella lo mimaba mucho, el no pude intervenir sin ser severamente criticado por carecer de tacto, por no encontrar el modo.

En esta familia ensamblada, la madre se siente con menos barreras para ejercer su deseo de posesión sobre ese hijo "sólo de ella". Y este padre ve limitado así su poder de influencia. Este cuadro constituye uno de los más frecuentes en nuestro trabajo en los Centros.

INDICACIONES PARA TRATAR A LA FAMILIA

La considerable experiencia acumulada, en los tratamientos con jóvenes adictos, enseña que el establecimiento de una buena relación con los padres constituye la condición de posibilidad de todo tratamiento. A esta relación, en el lenguaje psicoanalítico, se la llama transferencia y consiste en una relación de dependencia con el terapeuta u operador, dependencia que deberá disolverse hacia el final del tratamiento.

En esta primera etapa es conveniente recibir las quejas de los padres sin cuestionarlas, aunque se sospeche que son injustas o exageradas, o que implican depositar todos los problemas en el hijo. Es indicado demostrar comprensión y cimentar una relación de confianza.

La etapa inicial queda cumplida cuando los padres aceptan al equipo en el rol de guía en la conducta hacia el hijo.

Para establecer la transferencia el operador deberá desarrollar una habilidad especial, la de saber escuchar, mucho más difícil que la de saber hablar.

Pero saber escuchar no significa simplemente tomar todo lo que se dice o no hacer preguntas. En la primera entrevista es aconsejable comenzar a hacer las preguntas solo cuando los padres interrumpen su flujo de habla, por ejemplo, cuando quedan en silencio porque ya expresaron lo que consideran esencial o cuando nos damos cuenta que no pueden formular sus pensamientos en palabras.

Es mejor que la entrevista respete la espontaneidad de los padres, por lo que no es conveniente tratar de dirigirla, por ejemplo para adaptarla a un esquema predeterminado de información a recoger, puesto que nuestra primera tarea no es recoger información "objetiva" sino tender una línea de comunicación.

Aún antes de la entrevista hay momentos importantes que

no es conveniente desaprovechar para establecer una buena base de comunicación: estamos listos para prestarles total atención o seguimos ocupados con el caso anterior? Los recibimos parados o sentados? Les mostramos una expresión seria o amistosa?

Es difícil establecer reglas válidas para todos los casos. Lo esencial es que se tenga en cuenta que cada gesto y cada palabra forma parte del efecto que producimos en el otro y es mejor si somos conscientes de ello.

La resistencia de los padres

Si lo que se señala o aconseja en las entrevistas es cuestionado o rechazado, no es aconsejable embarcarse en una discusión, es mejor esperar una nueva oportunidad de hacer valer nuestro juicio. Una mejor oportunidad significa que los padres estén mejor preparados para aceptar nuestro punto de vista. Si no lo están, la insistencia, la impaciencia solo van a generar más resistencia.

En temas que puedan suscitar resistencia son preferibles los abordajes indirectos. Es preferible mantener una actitud prudente y no idealizar ir en línea recta hasta el final. En la cultura china, el maestro recomienda proceder de modo que los cambios, en lugar de ser planteados como meta, avengan como consecuencia.

Resistencia del equipo

La literatura médica ha descrito un fenómeno que ocurre a los médicos novatos y que consiste en querer curar en poco tiempo y con un exceso de celo, de modo que puede llevar a cometer severos errores, se lo ha llamado furor sanandi. Participan de este fenómeno, una gran cuota de orgullo, esa conducta exagerada nos hace suponer que el médico se empeña en no fallar y que una curación es valorada como una retroalimentación narcisista. En el campo "psi" implica que no se tiene en cuen-

ta que todo cambio acarrea en el paciente una resistencia, por obra de las mismas fuerzas que actuaron para crear y sostener la situación patológica.

Dado que la mayoría de las veces estamos ante familias deterioradas, en las que hay situaciones de abandono, podemos caer en la tentación de intentar reparar dicha carencia en la realidad. Por ejemplo yendo al rescate del padre, descuidando las dificultades subjetivas que hicieron que ese padre no pueda sostener la función. En el mejor de los casos, el padre estará de acuerdo con todo lo que le digamos pero, dado que carece del interés afectivo en el hijo, cooperará solo de un modo pasivo, sin poder tomar iniciativas por su cuenta.

Si es el adolescente quien por su propia voluntad se embarca en esa búsqueda, y no podemos desalentarlo, lo acompañaremos de cerca para favorecer la elaboración psíquica de la situación de abandono.

Familiarismo y responsabilidad

La importancia que para un sujeto tiene la familia, importancia de la que nos aprovechamos para favorecer el tratamiento, no debe hacernos creer que la familia es la verdadera causa del sujeto.

A lo largo del tratamiento no perderemos oportunidad en hacer recaer la responsabilidad sobre el propio sujeto, sin implicar a los familiares como culpables.

Un tratamiento implicará ir más allá de los mitos familiares, un abandono de muchas identificaciones y del apego a los personajes de la familia, una ruptura de la dependencia, en suma, una desfamiliarización que permita al sujeto inventar en vez de seguir repitiendo.

_____ *Lic. en Psicología de la Universidad del Salvador (1981), ha integrado la Subsecretaría de las adicciones desde 1999, en el C.P.A. de Pilar y en la Unidad de Desintoxicación del Hospital Mercante. Ha sido docente en la Facultad de Psicología de la USAL desde 1980 a 1989 y en la UBA, en el ciclo básico común y en la Cátedra de Psicología Fenomenológica. Los trabajos publicados versan sobre toxicomanía, delincuencia y práctica institucional

Bibliografía

- Luigi Cancrini "Hacia una tipología de las toxicodependencias juveniles", en Comunidad y Drogas, Monografías 1, 1987
- Fernando Carrasco, "Abordajes terapeuticos con la familia del toxicomano", en Idem ant.
- David Maldavsky, "Procesos toxicos en grupos familiares", en Revista Todo elmundopsi
- Luigi Cancrini: Los temerarios en las maquinas voladoras, Ed. Nueva Vision,1984
- Anthony Giddens: Transformaciones de la intimidad, capitulo 6. Ed.Catedra. .Madrid, 1990

Variaciones sobre los fundamentos éticos de nuestra intervención o La Pasión alegre

Lic. David Warjach

El filósofo alemán Theodor Adorno lanzó la siguiente e inquietante formulación: luego de Auschwitz la poesía no sería posible. La misma – que se constituyó en interrogación inevitable – podría ser entendida también como la imposibilidad de seguir *viendo* luego de Auschwitz, por lo menos – y así puede ser considerado – a la manera en que Donald Winnicott entiende el “sentimiento de estar vivo”. Esto es, con una perspectiva de posible felicidad.

Se sabe que Adorno se equivocó. No sólo lo han desmentido, entre otros, especialmente Paul Celan y a su manera, Primo Levi – sobrevivientes de campos de concentración nazis que luego de su liberación han hecho poesía de lo allí acontecido - sino también, los escasos - pero no por eso faltos de significación - fragmentos de escritos que se encontraron ocultos en dichos campos.

Sin embargo, y pese a tal desmentida, el interrogante de Adorno se perpetúa, requiriendo descifrar su sentido. No habrá sido que tal formulación lo que estaría planteando no es una imposibilidad práctica de hacer poesía después de Auschwitz, sino una exigencia ética. Algo así como: ¿tenemos derecho a ser felices luego de Auschwitz?, ¿No deberíamos plantearnos que sería un acto de barbarie la sutileza de un poema luego de la “fabricación de cadáveres”? A dicha exigencia responde Silvio Rodríguez con sus estrofas de “*Pequeña serenata diurna*”: “Soy feliz, soy un hombre feliz / y quiero que me perdonen / por este día los muer-

tos / de mi felicidad.” Culpa y felicidad se mezclan, se amalgaman, se confunden. Pasa a ocupar un primer plano la necesidad de reflexionar sobre si sería posible una ética que no introduzca la culpa. Una ética en la que la responsabilidad no se confunda con la culpa.

La referencia a Auschwitz y a los campos de concentración del nazismo en un trabajo sobre las toxicomanías, puede ser contingente, pero no caprichosa. Más aún cuando las réplicas de aquellos estuvieron presentes en nuestro país en un pasado tan cercano. No hay necesidad en el encuentro de esas dos realidades (campos y adicciones), pero a partir de efectuarlo, quizás aquellas se iluminen mutuamente.

Tal encuentro ha sido sugerido por el psicoanalista inglés Donald Winnicott, quien halla en las adicciones a tóxicos una patología del espacio transicional – una clausura del mismo - y concomitantemente sostiene que la creatividad, fenómeno paradigmático de dicho espacio, es abolida por ciertas condiciones de existencia, como lo es la del campo de concentración.

El punto de encuentro entre adicción y campo de concentración se halla entonces en la exclusión de la creatividad, y en la eliminación de sus correlatos: el júbilo y el sentimiento de estar vivo, elementos que para aquel autor definen la dimensión esencial del sujeto. Al respecto, es necesario efectuar una aclaración: aquí a la creatividad se le debe dar un sentido muy preciso. Se trata de un movimiento original y espontáneo que no encuentra su antecedente en ningún elemento que lo contenga previamente, y al mismo tiempo no se confunde con el producto de la creación.

Si se centra la atención en el producto, se obstruye el reconocimiento de la creatividad misma. De allí que la noción de sublimación en Freud, al quedar ligada a la obra de arte como producto – con el valor de mercancía que por lo tanto se le debe adjudicar – no recubra la dimensión que Winnicott le atribuye a la creatividad. Al separarse ésta del producto, se sustrae al valor de cambio de la mercancía, y por lo tanto, a esa forma de

articularse el placer en nuestra época, que revela tanto su pobreza, como su tendencia a ligarse a la compulsión.

De esta manera, la creatividad sería una *reserva del uso* en su pureza, no acumulable, en tanto no estaría bajo el patrón cuantificable del valor de cambio. Por tal motivo la satisfacción que emana de la creatividad y del juego - en tanto fenómeno creativo por excelencia - posee un carácter peculiar, que no se hallaría subsumido en lo que en nuestra época se conoce como *la satisfacción del consumo*.

Sobre esta última se puede afirmar que en tanto se halla inexorablemente ligada a la mercancía - y por lo tanto a la omnipresencia del valor de cambio - no se trata de una satisfacción propiamente dicha, sino de una promesa de satisfacción, lo que conlleva la acumulación y la tendencia hacia la compulsión.

Lejos de ver en la adicción una propuesta contestataria a lo que es la norma de nuestra época, se puede entender a aquélla como el producto más logrado de una forma de articularse el vacío de placer, en función de una promesa de placer. El adicto es la muestra acabada de una característica que progresivamente se transforma en distintiva de la cultura de nuestros días: la exclusión de esos pequeños placeres cotidianos (los reales) en favor de una promesa de placer absoluto, ficticio e inexistente.

Asimismo, al igual que la verdad última de Auschwitz se encuentra en el *musulman* - *el muerto vivo* - (prisionero que en la descripción de Amery "Era un cadáver ambulante, un haz de funciones físicas ya en agonía"), la verdad de aquel rasgo distintivo de nuestra época que se halla en la adicción, se encuentra en aquellos pacientes en los cuales su vida se ha restringido a las funciones fisiológicas y a procurarse la droga: algo bastante parecido al *musulman*. ¿Qué es lo que se ha perdido en aquellos que se hallan en estas situaciones extremas, y que por ello nos revelan la verdad última del fenómeno? Winnicott diría: la creatividad, y con ella, el júbilo, la alegría que necesariamente emana del sentimiento de estar vivo.

“No hay adictos felices” es el título de un libro de Claude de Olivenstein, y si se diera crédito a lo que se ha expuesto respecto de la toxicomanía, tal afirmación debería ser suscripta, ya que en el punto exacto en el que se define la adicción, la alegría queda excluida. Ciertamente es que para darle todo su alcance a esta consideración, es necesario separar tajantemente el júbilo propio de la creatividad, de los fenómenos signados por el empuje pulsional, tal como éste ha sido concebido en forma más frecuente.

Por ello, es que Winnicott puede afirmar que el juego no debería ser concebido como la realización de una fantasía de masturbación, más bien, por el contrario, de hacerse presente el impulso masturbatorio, el juego se arruina, y con ello, se arruina la satisfacción propia de aquél. Adicción y juego (en tanto éste implica la creatividad ligada por su naturaleza al júbilo), se excluyen mutuamente, estando la adicción en el mismo registro que la masturbación.

Si se pretende entonces tomar como horizonte para la intervención, en el campo de las adicciones, el nudo que forman creatividad, juego y alegría, es necesario efectuar más precisiones. Entre ellas, cobra un valor esencial – por la tendencia a su confusión – diferenciar lo que es la alegría, de lo que es la bufonada. Freud nos ha dejado una cantidad de referencias al fenómeno de la risa, pero bastaría recurrir a la mentada tristeza del payaso – tan explotada por la literatura y el cine – para alertar sobre el contrapunto de lo cómico con la alegría.

No se trata entonces con seguridad de la risa: ni de aquella que por efecto de quiebre de la imagen se vincula a la desdicha, ni de la que en función del desplazamiento del significante constituye el chiste, ni tampoco – y aquí es donde se encontraría su versión más contrapuesta – la risa que compulsivamente generan las cosquillas, y a la que Jaques Lacán hizo mención refiriéndose a la conocida fórmula “Se empieza con las cosquillas y se termina en la parrilla”, como forma de aludir a su naturaleza de goce mortífero.

La alegría entonces no implicaría necesariamente a la risa,

es más, en cierto aspecto la excluiría. Con esto la alegría se torna una idea un tanto alejada de las escenas a las que se recurre generalmente cuando se la quiere figurar, pero no extraña a lo que en realidad suele saberse, aun cuando no se pueda explicitar con claridad. Porque se sabe, o al menos puede tenerse esa intuición, que del acto creador de un poema ha de emanar alegría, aún cuando el producto, esto es, el poema, en sus enunciados, presentifique la tristeza. De esto han de saber los porteños, en tanto el tango no se ha caracterizado por sus letras alegres, pese a lo cual la alegría no es sólo brasileña...

Alegría y tristeza, en tanto opuestos, no deberían ser definidos entonces en función del significado de enunciados, sino de una peculiaridad que trascienda a aquellos. Una característica vinculada a lo esencial del sentimiento de estar vivo y que excluye la compulsión. Esto debe ser pensado en la esfera de la ética, tal como Baruch de Spinoza lo concebía, al hacer de la ética la doctrina de la vida feliz. Alegría y tristeza eran para él las dos pasiones fundamentales de las que se derivarían todas las demás. Entendía la alegría como una expansión del ser, y la tristeza como un repliegue del mismo. Las pasiones alegres serían siempre buenas, por ser prueba del éxito del ser, mientras que las tristes serían siempre malas, por constatar su fracaso.

Si se supera la tentación de constituir con estas referencias una ontología, y se considera el ser en el despliegue del movimiento de la creatividad, se concluye a la pasión de la alegría – tal como Spinoza la entendía – como el horizonte ético opuesto a la adicción. Pero para que tal formulación cobre su verdadero valor, es necesario concebir a la adicción allí donde se revela su verdad – su realización efectiva – en la situación extrema en la que se equipara con la del *musulman*. Sino, hay que detenerse en esa paradoja que resuena por su peso: “escuchemos al a-dicto”. Quizás sólo el hecho de preferir no mirar de frente al producto consumado de la adicción puede mover a confusión. De lo contrario, la vía de intervención está señalizada.

*Lic. En Psicología. UBA 1980. Master en Drogodependencia Usal – Deusto (España). Director del CPA de Morón. SADA. Docente regular de la Cátedra I de Psicoanálisis: Escuela Inglesa. UBA. Coordinador docente del Curso de Postgrado sobre Adicciones de la Facultad de Psicología UBA. Investigador en Proyectos aprobados y subsidiados por UBACyT

Bibliografía

- Winnicott, D. "Realidad y juego" Editorial Gedisa. Buenos Aires 1986.
- Winnicott, D. "Deformación del ego en términos de un ser verdadero y falso", en *El Proceso de Maduración en el Niño*, Edit. Laia.

Aperturas a nivel grupal

**Dr. Marcos Berstein*

Aperturas a nivel grupal es un tema que no ha sido desarrollado hasta el presente, y que, sin embargo, el manejo de esa situación es de fundamental importancia para el logro de cualquier tarea que se proponga un grupo. Pensé, en primer lugar, ¿Cuál sería la mejor manera de comenzar (la mejor apertura) para un artículo sobre “aperturas”? Y pensé entonces que lo que pasa en la apertura marca el desarrollo posterior que tendrá el grupo.

Siendo mi intención desarrollar la hipótesis de que la apertura de un grupo debe ser lo mas libre posible, decidí que la “apertura” del artículo siguiera el mismo camino.

Comparaciones con el ajedrez

Siguiendo con mis asociaciones libres sobre el tema, relacione el término con un capítulo apasionante para quienes gustan el juego de las ciencias: el de las aperturas en ajedrez. Las mismas se clasifican en: Cerradas, Abiertas y semi-abiertas. Mi interés radica en usar la terminología, ya que es aplicable a las posibilidades de aperturas de cada grupo.

Los miedos básicos

La apertura es una de las situaciones grupales que más ansiedad genera a los miembros de un grupo y también a los coordinadores. Es una situación nueva, es un momento de cambio, y como tal produce en todos los miedos básicos: el miedo a la pérdida y el miedo al ataque.

El primero es el temor a perder lo que tenía antes, el marco de referencia anterior donde pisaba un terreno conocido.

El segundo, es el temor a ser atacados que surge frente a lo desconocido de la nueva situación, que, por consiguiente, aparece como peligrosa y atemorizante. Es también temor a no conocer como manejar los nuevos instrumentos que la situación pone a nuestra disposición, pero a los cuales no conocemos todavía. Estos miedos generan ansiedades. Al miedo a la pérdida le corresponde la ansiedad depresiva, y al miedo al ataque, la ansiedad persecutoria (paranoide)

Es fundamental que los coordinadores aprendan a detectar y manejar estas ansiedades, tanto en los miembros del grupo como en si mismos.

Tipos de aperturas

Uno de los interrogantes más comunes es: ¿Cómo se abre un grupo? ¿Qué hay que hacer?

Al plantearse este interrogante ya se está marcando un camino: El de la actividad. Hay que "hacer algo".

Los juegos de integración

Y es así como aparecen los distintos juegos de integración, que se van pasando de unos coordinadores a otros. Es habitual que los coordinadores se pregunten unos a otros: ¿Tenés algún juego nuevo de integración para comenzar?

Existen una gran variedad de estos juegos. Tan sólo enumerare algunos, sin hacer una exposición detallada de los mismos ya que no es esa la intención de este trabajo.

1- Que cada uno diga su nombre.

Agregar al nombre alguna características personal (edad, profesión, estado civil, datos familiares, etc.).

Que cada uno vaya diciendo, además de su nombre, los nombres de los que anteriormente se han presentado (si se olvidan alguno, los demás pueden ayudarlo). Es im-

portante tratar de retener no sólo el nombre, sino las características generales de cada persona, y asociarlos. Luego que todos se hayan presentado, uno bate palmas y dice el nombre de cualquier otro, el cual, a su vez, repite su nombre, golpea las piernas, y dice el nombre de otro y así sucesivamente. En este juego se puede establecer prendas para quien se equivoqué.

2) Juegos de reconocimiento corporal: que los integrantes se agrupen según características personales diferenciales: altura, color del cabello, etc.

3) Juegos de elección: a partir de dos (o más) voluntarios, se van formando 2 (o más) subgrupos, por elección. Quienes resultan elegidos, se incorporan al subgrupo y, a su vez, eligen a otros.

Entregar al grupo materiales (maderas, papeles, tijeras, etc.). Sugerir "que formen algo, lo más grande posible", entre todos esta prohibido hablar. Si el grupo es grande, se puede pedir un número reducido de voluntarios, y que los demás participen como observadores. 4) Hacer un rompecabezas", repartir entre algunos miembros las partes. Los demás actúan de observadores. Deben formar la figura sin hablar. No se puede pedir nada a quienes tienen las otras partes, sólo se puede dar a los otros para que formen algo.

Estos 2 últimos juegos sirven para desarrollar la cooperación entre los integrantes y así favorecer la integración. Se los puede usar en una primera reunión, pero conviene que sea al promediar la misma o a continuación de alguno de los otros juegos.

Todos ellos son útiles, si son utilizados con una táctica justa, (táctica de tacto; es saber cuando, donde y como se deben hacer, o no hacer, las cosas), es decir en el momento, lugar y de la manera más oportuna, pueden ayudar mucho a la integración grupal.

Aperturas Cerradas

El problema viene cuando se limita toda la tarea técnica a esto solamente. Podríamos retomar la terminología ajedrecista, y denominaríamos entonces esta modalidad de comienzo: aperturas cerradas. Nos encontramos aquí con una situación de "encierro". Con una limitación del pensamiento que empobrece las posibilidades de desarrollo del grupo; con una restricción de las técnicas que lleva a la estereotipia.

Por lo general, esta situación se da cuando los coordinadores no se sienten suficientemente seguros, como para manejar con una técnica operativa el momento de apertura. Tienen miedo a que los miembros del grupo "se les desbanden", y esto los lleva a realizar aperturas cerradas, en las cuales se sientan más firmes.

Aperturas abiertas

¿Cómo sería una apertura abierta? Es aquella en la cual el coordinador se permite ser "pasivo". Lo de entre comillas va por que en realidad el coordinador está más activo que nunca. Pero sin actividad aparente. Y sin impulsar activamente al grupo a ningún tipo de acción. Como decíamos, en realidad está superactivo. Está observando y detectando los signos que caracterizan a la apertura para luego intervenir, a través de la interpretación, para hacer explícitos los implícitos.

Fenómenos significativos en la apertura

Es importante que se registren los fenómenos: la asistencia, la forma de ingreso (todos juntos, separados, etc.), la puntualidad en el horario, la disposición espacial que toman al entrar, las conversaciones previas a la iniciación del grupo, las modalidades de la comunicación: verbal, preverbal (actitudes corpo-

rales, meta comunicación) coherencia de lo verbal y preverbal). Las primeras intervenciones, esto es, todo lo que concierne a las temáticas abordadas por cada miembro del grupo.

El obstáculo Epistemofilico

En todo grupo que comienza surgen dificultades (mayores o menores, según los grupos) para entrar a la tarea. Las vamos a denominar Obstáculo Epistemofilico (siguiendo Bachelard), surgen como consecuencia de la aparición de las ansiedades básicas que nombrábamos antes (depresiva y paranoíde), frente a la nueva situación que enfrenta el grupo. Cualquiera que sea la tarea, el obstáculo perturba el abordaje de la misma. Estamos entonces en un momento de pre-tarea.. Esta instancia puede repetirse luego, en otros momentos del grupo, en medio de tarea. O puede ocurrir que un grupo comience con la tarea, y esto puede ser una forma contrafóbica de evitar los miedos básicos, donde se da un “como si” estuvieran en tarea; pero es una situación de impostura. Lo importante de esto, es que el coordinador debe estar atento para detectar cual es la ansiedad (o miedo básico) predominante en la apertura, para poder explicarlo y favorecer así su elaboración; de esta manera facilita al grupo entrar en tarea.

Otro aspecto de relevancia se refiere a los fenómenos de conducta que se dan al comenzar un grupo con apertura abierta:

- 1- Etapa de rodeos (silencio embarazoso, charla de cortesía).
- 2- Resistencia a la expresión personal.
- 3- Descripción de sentimientos del pasado.
- 4- Expresión de sentimientos negativos.
- 5- Expresión de material personalmente significativo.
- 6- Expresión de sentimientos interpersonales inmediatos dentro del grupo.
- 7- Aceptación de si mismo y comienzo de cambio.
- 8- Resquebrajamiento de las fachadas.

- 9- El individuo recibe realimentación .
- 10- Enfrentamiento.
- 11- La relación asistencial fuera de las reuniones del grupo.
- 12- El encuentro básico.
- 13- Expresión de sentimientos positivos y acercamiento mutuo.

(1) P. Riviere. *El proceso grupal*.

(2) P Riviere, Enrique y Quiroga, Ana; *Guía para la observación de grupos operativos*.

(3) Rogers, Carl: *grupos de encuentro*.

Dificultades para la integración grupal

Por último, es importante que el coordinador sepa que al comenzar el grupo, surgen distintas resistencias a la integración grupal.

Unas provienen del temor a perder la individualidad, y quedar inmensos, fusionados en una masa amorfa, sin límites personales. En realidad, lo que se pierde es el individualismo, en la medida en que se empieza a dar la cooperación.

Otras provienen del narcisismo de los integrantes. Tal como planteaba Freud, el narcisismo ha perturbado desde siempre el desarrollo del ser humano, en cualquier campo que sea. La astronomía, la biología y la psicología, solo pudieron construirse como ciencia cuando el hombre pudo descentrarse y aceptar que la Tierra no es el centro del universo, que el hombre no es el rey del mundo animal, y que la conciencia no es lo más importante del aparato psíquico.

El grupo es una amenaza para el narcisismo en la medida en que, por un lado, obliga a descentrarse de un mismo y prestar atención a los demás; y por otro, es un espejo que nos va a devolver una imagen tal vez distinta de la que queremos mostrar o

aparentamos ser. Todo esto que acabo de desarrollar, permite al coordinador que maneja la técnica de grupo operativo trabajar con una línea de "apertura abierta", en la cual casi no se den reglas al comienzo del grupo, salvo las que se refieren al encuadre espacio-temporal con que funcionara el mismo, y a las funciones de los integrantes y del coordinador.

Suele ocurrir que, si los mismos no se conocen previamente, se de primeramente una presentación formal, superficial; y que recién al promediar la reunión comiencen en una segunda presentación, mas verdadera.

Aperturas semiabiertas

Planteado de esta manera, aparecería como un dilema: ¿aperturas Cerradas o aperturas abiertas? Pero, si en lugar de hacer una oposición dilemática y excluyente, realizamos una integración dialéctica y totalizadora, nos encontramos con las "aperturas semiabiertas".

En ellas, el coordinador integra elementos propios de las otras dos, manejando alternativamente unos u otros, según las necesidades y características propias de cada grupo.

Estas son aperturas en las cuales, por un lado, el coordinador utiliza juegos de integración, y, al mismo tiempo, va haciendo una lectura de la dinámica grupal que le permita ir intercalando interpretaciones acerca de la misma. Y además, luego de cada juego, dirige al grupo hacia la discusión de los hechos. Es decir que los juegos de integración toman todo su valor en la medida en que no quedan limitados a la acción, sino que permiten la reflexión sobre lo acaecido.

No podemos decir que las aperturas son "buenas o malas"; o que unas son "superiores o inferiores". Simplemente, son distintas, y, según las características o los momentos por los que pasa cada grupo, el coordinador podrá ir utilizando, flexiblemente,

cada una de ellas.

(4) Anzieu, Didier, La dinámica de los grupos pequeños.

La relación Coordinador-Educando

Dentro de las múltiples tareas que desarrollan los coordinadores, una muy importante es la de coordinar grupos. Para la tarea que hoy nos ocupa, se trata de grupos de adolescentes (16 a 18 años), que se reúnen dos veces en la semana, dos horas en escuelas o movimientos, con la finalidad de realizar charlas, salidas, juegos o actividades recreativas varias (leer un cuento o un artículo, discutirlo y dramatizarlo; ver una película y comentarla, etc.)

Se les plantean, por lo general, diferentes situaciones para la apertura:

- 1- Grupos de gente que no se conoce previamente: acá vale todo lo descrito anteriormente como generalidades para el comienzo de un grupo.
- 2- Grupos de gente que trabajaron juntos antes, ya sea: a) durante el año anterior o b) en una experiencia mas corta e intensiva (por ejemplo: un campamento); y que se reencuentran nuevamente.
- 3- Grupos de gente donde algunos se conocen entre sí y otros no: en estos son muy importantes detectar los subgrupos que se forman, y explicitarlo para disminuir los mecanismos de disociación y de exclusión y favorecer así la integración total.

Acá es importante elaborar las ansiedades que surgen por el miedo a que algo haya cambiado; y aprender a manejarse en la nueva situación, en la cual las cosas se va a dar de otra manera:

a) aunque el grupo sea el mismo que el del año anterior, no es el mismo. "nadie se baña dos veces en el mismo río", decían los griegos.

b) Este es un caso muy especial: en un campamento todas las

vivencias de integración grupal se dan las intensivamente y en menos tiempo. El ritmo del grupo es otro. Es posible que los integrantes busquen repetir el modelo anterior, y que, al no darse esto en la práctica, se genere un monto de frustración.

Siguiendo con el juego de palabras, todo esto que he desarrollado en este trabajo sobre aperturas, es tan sólo una apertura. Es decir, que el tema no esta terminado; esto ha sido un aporte, que espero, pueda ser útil como referencia para otros nuevos desarrollos que enriquezcan el campo de la dinámica de los pequeños grupos.

Resumen

El artículo se propone un acceso al tema de las aperturas a nivel grupal, cuestión que no ha sido desarrollada suficientemente y que sin embargo es de capital importancia para el futuro desarrollo del grupo

Partiendo de una asimilación terminología con aperturas de ajedrez, se señalan tres tipos de apertura de un grupo: a) cerradas; b) abiertas; c) semiabiertas. En todas se intenta un manejo de las miedos básicos que acaecen en toda situación nueva.

Las aperturas cerradas: Serian donde aparecen los juegos de integración, que tienen la dificultad de que no se puede limitar a ellos toda la tarea técnica, pues seria una situación de "encierro", donde no caben aportaciones que se salgan de las reglas.

Las aperturas abiertas: Serian aquellas donde el coordinador se permite ser pasivo dejando que el grupo fluya su ritmo, "dejar venir el material" e interpretar como forma básica de intervenir.

Las aperturas semiabiertas: Se plantean como una integración totalizadora y dialéctica de las dos anteriores, superando su posible oposición dilemática y excluyente.

*Médico Psicoanalista y Psicólogo Social. Asesor de la Organización Mundial de la Salud. Profesor Titular Master en Drogodependencia USAL y Universidad Deusto-España. Profesor Invitado de las Universidades Nacionales de México-Honduras – Costa Rica- Panamá, de la Universidad de Bilbao y de París. Vicepresidente de la Sociedad Argentina de Terapia Familiar (1986-1990). Supervisor de la Subsecretaría de Atención a las Adicciones.

El Dispositivo Grupal o cómo pensar los grupos.

**Lic. Fabio Lacolla*

Comienzo planteando una diferencia entre **los** grupos y **lo** grupal. Los grupos como sustantivos lo grupal como adjetivo. Los grupos que se preguntan el **qué** es un grupo, y lo grupal que se pregunta el **cómo** es un grupo. Para explicarlo mejor, qué es un grupo es algo que nosotros podríamos definir a simple vista, uno podría decir es un conjunto de personas que se reúne en un tiempo y espacio determinado con un objetivo común, una tarea común, es lo que se ve.

El cómo es un grupo es otra cosa, porque podríamos poner el ejemplo de la televisión. Ustedes dicen "bueno, es un aparato que emite imagen y sonido, se ven diferentes programas, etc., etc."; ahora cómo funciona una televisión es otra cosa... lo que nosotros vamos a ver más allá de que muchos de ustedes ya sepan que es un grupo, vamos a detenernos en como es un grupo por dentro.

Podríamos hacer una diferencia entre lo que sería grupo objeto y grupo sujeto. ¿Que sería para ustedes un grupo objeto? ¿Objeto de qué? Yo digo por ejemplo esta silla es un objeto que salvo por el desgaste del tiempo no tiene otra modificación, de por si sola esta silla no produce ningún tipo de modificación, es.

El grupo sujeto es aquel que se pregunta se cuestiona porque le pasa lo que le pasa, por qué escucha lo que escucha, qué le pasa con lo que escucha, se pregunta si ese grupo tiene ganas de estar ahí donde está, se cuestiona. A veces el cuestionamiento es producto de una incomodidad, es como cuando tu pareja te lleva al cumpleaños de una tía donde no tenés

ganas de ir, y estás de ahí y te preguntas ¿yo tengo ganas de estar acá? Y la respuesta es no, es la incomodidad la que dispara la pregunta.

El grupo sujeto es un grupo incómodo, porque podríamos decir que un grupo es una incomodidad en un punto. Ustedes van a jugar todo el tiempo, entre el grupo objeto y el grupo sujeto. Van a ser por momentos grupo objeto, vieron como cuando algo es objeto de estudio, es algo que se observa, que se mira. El grupo sujeto es un grupo más activo. Es cuestionador, se pregunta, se incomoda.

Sin ánimo de deprimirlos digo: *Un grupo es un fracaso*. Pien- sen en los grupos que ustedes han participado a lo largo de su vida, el colegio, la familia. Un grupo es un *malentendido exito- so*¹, es paradójico, fracaso y éxito en una misma definición. ¿Por- que? ¿Para qué se junta a la gente? ¿Para que se arma un gru- po? Porque tiene una meta, tiene un objetivo común, porque tiene una tarea, una actividad, para hacer algo, juntarse para hacer nada no es hacer algo.

El grupo se caracteriza por una tarea, es la tarea lo que va a hacer que un grupo tenga sentido, por lo tanto, digo que un grupo es un fracaso porque ¿qué sería un grupo exitoso? El que logró su objetivo. El que llegó a la meta, el que logró la tarea, por lo tanto no tendría ningún tipo de sentido que sea un grupo, se desarma el grupo, se muere. Es una ironía, no estoy diciendo que se capacitan en una materia que tiene su apoyatura en el elogio del fracaso.

Hay un punto que si el grupo se junta para hacer una tarea y logra ese objetivo que podríamos llamar éxito ya no tendría sentido que ese grupo estuviera junto, porque logró su objetivo. Entonces, un grupo es un grupo cuando está en proceso de llegar a cumplir el objetivo, y en ese camino es donde aparece el fracaso, es donde aparece el obstáculo.

¹ Así define Marcelo Percia al amor en Notas para pensar lo grupal, en el capítulo Problemas del diálogo amoroso.

Podríamos también decir que un grupo es un campo minado de obstáculos, y este campo minado de obstáculos es lo que nos permite, justamente, afianzarnos como grupo para poder cumplir con la tarea, contrariamente, tal vez a situaciones de la vida cotidiana donde los obstáculos nos paralizan o nos hacen tirar la toalla, en el caso de lo grupal los obstáculos fortalecen al propio grupo para llegar al objetivo común.

Estar en grupo implica a veces no saber qué hacer, no saber que decir, el hecho de encontrarse con gente que piensa diferente que vos, que tiene otra ideología, otra edad, cosas diferentes de la vida. Encontrás alguien que tiene otra forma de pensar la política, que tiene una participación diferente, porque justamente, hablando de las diferencias, habría que decir que estar en grupo es saber tolerar esas diferencias, y lo que es peor, o mejor en todo caso, ustedes en todo este proceso de estar aquí en esta cursada, van a tener que ir trabajándose entre ustedes todo el tiempo el tema de las diferencias.

Uno por inercia tiende a suprimir las diferencias, pasa en el amor, con los hijos, con los hermanos, ¿vieron en los vínculos amorosos cuando se habla de mi alma gemela? En general el adolescente intenta buscar su alma gemela, intenta buscar un espejo, alguien parecido, para poder buscar su propia identidad. Después ya de grande no, porque cuanto menos parecido es mejor, porque vos podes hacer la tuya, ella la de ella y entonces no se interfieren los espacios.

Ahí aprende uno a tolerar las diferencias, reconocer que le otro es el otro, yo soy yo, y que juntos se pueden hacer un montón de cosas y también separados, otro montón de cosas. Un poco los grupos reproducen la cuestión social, reproducen la cuestión familiar, los grupos reproducen los problemas institucionales y los problemas sociales. Un grupo es un recipiente de todo ese tipo de cosas, entonces nos vamos a relacionar con el otro, tal vez muy parecido a como nos relacionamos con otras personas, fulano me hace acordar a mi hermano, mengano me hace recordar a

mi compañera de secundario.

Eso es la vinculación que yo tengo con el otro, que me hace acordar, que reactualiza ese vínculo añejo, primario en todo caso. A veces escuchás que el otro dice algo que vos estás a punto de decir, y eso te hace feliz. A veces estás a punto de decir algo y el otro te dice lo contrario pero te convenció. Pasan tantas cosas como pasan en la familia, en grupo de amigos, pasa que en los grupos se potencia.

Básicamente el tema del grupo es poder convivir con esas diferencias, aceptar que el otro es diferente a mí. Pero esas diferencias que nosotros podemos llamar heterogeneidad es lo que va permitir una homogeneidad en la tarea. Esto lo dice Pichón: **“a mayor heterogeneidad entre los miembros del grupo, mayor homogeneidad en la tarea”**. Dicho en criollo, cuanto más diferentes somos más iguales vamos a hacer para llevar a cabo la tarea.

Cuanto más diferentes somos vos vas a aportar algo desde tu lugar, yo desde el mío, pero 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. La homogeneidad apunta a suprimir las diferencias, como un uniforme, supónganse el policía, el soldado, suprime las diferencias salvo las jerárquicas, pero suprime las diferencias, son todos iguales. No se asusten si el otro es diferente. No es fácil tolerar eso, convivir con eso, al principio sobre todo, porque inclusive a veces te genera bronca porque vos no acordás para nada con eso e inclusive te enojas con el otro.

Otra de las cosas importantes es saber que 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**. Esas son voces que tiene el grupo y que se ponen de manifiesto de acuerdo a cada uno.

Entonces siempre que piensen en grupo piensen en la ta-

rea, si está cumpliendo ese acuerdo previo, ese objetivo común. Hay algo que se llama pretarea, sería como todo lo que está obstaculizando que la tarea se lleve a cabo. Es como cuando se juntan a estudiar, uno pone la pava, prepara mates, llega el otro y se ponen a charlar hasta que lleguen los otros, llegan los otros y también se enganchan en la charla y los apuntes quedan ahí arriba de la mesa.

Siempre hay una tendencia que tiene que ver con la resistencia a la tarea. Pero insisto cada vez que piensen en los grupos piensen en la tarea, si se está llevando a cabo. En general los grupos más conflictivos se están resistiendo a la tarea. Porque cuando no se hace la tarea se empieza a primarizar el grupo, hacerse un grupo primario, un grupo muy familiar, reclamos, reproches, demandas, yo te quise saludar y vos no me saludaste, empiezan las alianzas, ¿viste lo que dijo ese de vos? Abiertas, cerradas, explícitas, implícitas. Es parte del grupo, se va y se viene de eso.

Además hay algo interesante: Que nunca un grupo es igual a otro. Los grupos en algún punto son imprevistos, hay que esperar que pase para analizar. Un grupo es impensado. Es más hay una frase de Percia que dice "*coordinar un grupo es no saber que hacer*".

Pichón Rivière plantea que en todo grupo hay **dos ansiedades básicas**, siempre, **miedo a la pérdida, miedo al ataque**. ¿Por qué es ansiedad básica? Básica porque es estructural, y ansiedad porque intenta esa cosa del control. Miedo a la pérdida, ¿a la pérdida de qué? Del conocimiento, de lo que tenemos, de la comunidad, del amor, armonía de lo estable. Miedo a la pérdida de lo que somos. Además tiene que ver con una posición depresiva, la depresión tiene que ver con la pérdida. Y el miedo al ataque, ¿al ataque de qué? De lo desconocido, de lo ajeno, hay un punto donde tiende a encapsular la cuestión de los grupos. A veces las cosas que pasan en los grupos tienen que ver con una ansiedad que se produce, que por ahí no es propia, sino que tiene que ver con una ansiedad inherente al acontecer grupal.

EL DISPOSITIVO GRUPAL

La noción de dispositivo es una noción que trabaja Foucault que es un filósofo francés casi contemporáneo. Entre otras cosas, lo que él trabajó durante una época, enmarcado en un libro que se llama "Microfísica del poder" y entre ellos un libro que se llama "Vigilar y Castigar", es la idea de dispositivo como dispositivo de poder.

Pero él no hablaba solamente de dispositivo de poder como poder supremo, sino también como posibilidad. Entonces lo que hacía era estudiar los diferentes discursos de las diferentes disciplinas. El discurso religioso, el discurso hegemónico de la medicina, el discurso militar, el discurso de la ciencia, el discurso en sentido como algo más del lado del poder, como algo instalado, como algo supremo. Inclusive planteaba algunos dispositivos de poder, como un dispositivo que se llamó *panóptico* de Bruno Bentham. El panóptico era una cárcel redonda, un edificio redondo que en el medio tenía una columna donde estaban los guardia cárceles, de esa manera podían ver todo lo que estaba pasando alrededor, un dispositivo de vigilancia.

Entonces decía que en un dispositivo se inscribía múltiples inscripciones, de hecho él define al dispositivo como un *complejo entramado de múltiples inscripciones*. Él decía que un dispositivo es un artificio. ¿Qué es un artificio? Un invento, algo que nos sirve para llevar a cabo otra cosa. Es algo que se monta, como si dijéramos una instalación que se monta para llevar a cabo algo.

En este caso lo remitimos a lo grupal. El Dispositivo Grupal es un texto que trabajan Ana María Fernández y Ana del Cueto, profesoras de la Universidad de Buenos Aires de la cátedra de Dinámica de Grupo. Tomo de ellas la idea de dispositivo junto con: *proceso grupal, interjuego roles y formaciones imaginarias grupales*. Ellas apoyan unas de las patas del trípode en el proceso grupal. El proceso grupal ya los está ubicando en la idea de pro-

ceso. ¿Qué es un proceso? Algo que evoluciona, algo que perdura en el tiempo, algo que va creándose, naciendo, transformándose a medida que el tiempo pasa, inclusive está del lado de lo temporal.

Proceso grupal, es decir que un grupo necesita de un recorrido para formarse como tal. ¿Que necesita en este recorrido? Uno: es pasar de **la serialidad**, al grupo, en la serie no hay vínculo, en un grupo si hay vínculo. Yo siempre cito un cuento de Cortázar que se llama La Autopista del Sur. Habla de que en una autopista de pronto se detiene el tráfico, y nadie sabe porqué, pasan una hora y no arranca, tres horas, veinticuatro, y el tráfico no avanza, entonces la gente que está ahí se empieza a relacionar, se empiezan a armar romances, peleas, se crean relaciones vinculares hasta que de pronto así como se detuvo, comienza a circular de nuevo el tránsito, y todos siguen, como si nada hubiese pasado.

Este es un ejemplo interesante de lo que sería pasar de la serie al grupo. Apareció espontáneamente una tarea en este pasaje, y fue esta tarea lo que los organizó. Siempre piensen: tarea y objetivo común. Algo más sobre el objetivo común. El objetivo común quiere decir que nosotros acordamos un punto de llegada, lo cual significa que vayamos por el mismo camino. Esto también habla de las diferencias.

Otra condición del proceso grupal es la repetición y la creatividad. Pasar de la repetición a la creatividad. Porque la repetición tiene que ver con algo sistemático, idéntico también al modo de la serie y la creatividad tiene que ver más con la ruptura, tiene que ver más con la cosa novedosa, de innovación, siempre está del lado de la espontaneidad.

Piensen en los grupos operativos que van a tener hay un punto en el que si se empieza a repetir, se está desviando la atención de la tarea, uno dice una cosa, el otro dice otra. Los grupos operativos nunca son iguales pero porque están en pleno proceso de creación, que en definitiva es el pleno proceso de producción. Lo que hace un grupo para llegar a este objetivo común es producir.

Los roles son como los componentes básicos de un grupo. Los roles son justamente lo que compone al grupo. Ustedes, además de ser integrantes, son portadores de los roles que tiene el grupo. Los roles se van a encarnar en ustedes que es lo que va a permitir que interjueguen cada uno de ustedes como grupo.

Sobre los roles: son **adjudicados** y a la vez son **asumidos**. Por un lado lo asumís y por el otro lado el grupo te lo otorga. Al ser adjudicados por el propio grupo vos terminás asumiéndolos, y si no, hay un entrecruzamiento entre eso.

Los roles son situacionales, es la situación lo que hace que emerja el rol. Algo va a pasar que hace que yo asuma determinado rol. Porque los roles son situacionales porque no son estáticos, por eso se habla de dinámica de grupo, sino hablaríamos de estática de grupo. Los roles son dinámicos, están en permanente movimiento.

Entonces para una determinada cosa yo puedo ser un líder, para otra puedo ser un saboteador, hasta un mismo día puedo ser determinadas cosas ¿porqué? Porque son situacionales...de dónde aparece el rol?

Pichón tuvo una idea, apoyada en el concepto de verticalidad y horizontalidad. El va a decir que la horizontalidad tiene que ver con la historia de 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. Es decir está la historia del grupo y mi historia atravesándola. Mi historia, tu historia, la historia del otro, y en este cruce de mi historia con la historia del otro es donde se produce el rol. Es decir, que para que nazca el rol hay algo de mi propia historia que se está jugando ahí. Agregó el concepto de Félix Guattari, que es el concepto de transversalidad del libro *Transversalidad y Psicoanálisis*.

Porque *la transversalidad incorpora el afuera, lo social, lo político, lo económico, lo crítico de la sociedad*. Es el afuera que se hace presente. Porque sino el grupo queda como encapsulado,

sino es una cosa como hasta endogámica decir "bueno, pensemos en nuestro grupo y en nosotros sin incorporar el afuera".

Además todo grupo está incorporado en una sociedad. No es traer el afuera para resistirse a la tarea, en todo caso es tener en cuenta el afuera para que complete el logro del objetivo común. Uno lo puede traer un ratito, como pre-tarea, como decir bueno, que traemos de la calle que dejamos al grupo, pero siempre pensando en que hay que lograr una tarea.

El líder. Hay líderes naturales, ay líderes impuestos, hay gente que tiene como una capacidad natural y hay líderes que el grupo le asigna para que lidere. Existen tres tipos de líderes, autoritario, democrático y laissez faire. (Dejar hacer)

El autoritario es aquel que se impone, el que dice bueno, vos sacá la fotocopia, vos hace esto, vos tráelo para la próxima, etc. El grupo acepta y las cosas se hacen, después se las cobra por algún lado, pero bueno, ese es otro tema.

El líder democrático es más obsesivo, no quiere que lo cuestionen, entonces viene y pregunta: ¿che les parece tal cosa? Si, si, o sea se cubre, se cubre para que no lo jodan.

El laissez faire. Es el que dice: Habría que hacer lo de la fotocopias, y ahí quedan. Por ahí tiene la suerte de que alguien va y lo hace.

El portavoz, es el que dice lo que el grupo calla. Es el que habla del emergente grupal. Es el que dice lo que el grupo no dice.

Chivo, chivo emisario y chivo expiatorio. El chivo emisario es el que lleva y trae, el que genera alianzas negativas y también alianzas positivas. El chivo expiatorio es el que de alguna manera depositan todo el aspecto negativo del grupo en él, es el que tiene la culpa de todo. Es como que le ponen al otro la responsabilidad de haber quedado en la pretarea. Hay como un desplazamiento de esa responsabilidad, que en general lo tiene el chivo emisario.

Saboteadores es el que dice, si está bien, o el que se pregunta ¿te parece? Es el que se resiste un poco a la tarea, obstaculiza, en general.

Sobre las *formaciones imaginarias grupales*, que es la tercera pata de este dispositivo grupal, lo que podemos decir es que hay un mito fundacional que remite al origen del cualquier grupo. Por ejemplo los de tercer año, que dicen, ¿te acordás del primer día, en primer año?

Ahí hay un mito, un mito que deja de ser real y pasa a ser un mito. Es como cuando a un matrimonio que hace cuarenta años que están casados y le preguntas como se conocieron y te cuentan algo que ya tiene que ver con lo mitológico, que por ahí se desvía un poco de lo que fue realmente.

La utopía va de la mano de la evolución grupal, porque ustedes van a ver que dentro del proceso grupal hay un momento en el que van a pensar que ustedes son lo mejor, el grupo operativo de ustedes son lo mejor del mundo, porque justo engancharon las personas que tenían que ser, somos los mejores, somos los campeones. Esto es lo que les va a permitir afiliarse y se sientan pertenecientes de este grupo. La desilusión, que es cuando empieza el caos.

Hay un entramado de identificaciones y transferencias también. Tal vez les pase que hay un compañero en el grupo operativo que se parece a alguien que conocen, te hace acordar a alguien, eso es un poco por identificación, a veces pasa que uno necesita encontrar a alguien un poco parecido para no sentirse tan desprotegido en el grupo.

Tiene que ver con la Identificación y la transferencia. Uno se identifica con el otro, o transfiere cosas de uno en el otro. A veces te gustaría que el compañero diga algo que por ahí vos dirías, pero que no es lo que diría él. Y después no olvidar nunca las instituciones, porque todo grupo se instala en una institución, imaginaria o real, todo grupo está en una institución. Las instituciones están antes que nosotros, como hablábamos antes que lo social atraviesa el grupo, las instituciones también atraviesan el grupo.

Para ir terminando, hablamos de latencia grupal. Todo el dispositivo grupal transita por la latencia grupal. Todo eso pasa

por debajo del grupo, no es que dicen bueno vamos hablar de nuestro mito, y la utopía. No! Es lo que tiene que trabajar el coordinador, la latencia grupal, para eso está él, para eso hay observadores, lo bueno de esto es que ustedes están al tanto, entonces cuando el coordinador haga alguna intervención, van a esta hablando el mismo idioma.

_____*Lic. En Psicología – Psicodramatista. Profesor de las Universidades de Buenos Aires, Belgrano e Interamericana. Autor del libro «*El zapping dramático y otras salas*» (Ed. Psicogonia, 2005)
Fundador de la Primera Escuela Patagónica de Psicodrama. En la Subsecretaría, desempeña funciones en el Área de Capacitación. Operador Socio Terapéutico. Proyecto UOMO. Gobierno de Italia.

La Intervención en espacios microsociales: Una mirada a algunos aspectos contextuales y metodológicos

**Lic. Alfredo Juan Manuel Carballeda*

1 – Una mirada al Contexto

Es muy difícil, pensar la Intervención en Espacios Microsociales o en cualquier otro campo sin tener en cuenta los fuertes cambios contextuales que ocurrieron en los últimos treinta años, tanto en Argentina como en el mundo.

Esto implica, necesariamente, revisar los modelos de intervención, en función de adaptarlos a los nuevos escenarios sociales. Estas circunstancias se observan, en la actualidad en diferentes aspectos.

La caída del modelo Keynesiano y la emergencia del Neoliberalismo, transformaron significativamente nuestras sociedades. Estas cuestiones no implicaron solamente un “cambio de modelo económico”, sino la aparición de fuertes atravesamientos en toda la sociedad que se expresan en diferentes órdenes, en especial en la construcción de la cotidianeidad de los sujetos sobre los cuales intervenimos.

Los llamados, “treinta gloriosos años”, que van de 1945 a 1975 a nivel mundial, donde se mejoraron las distribuciones del ingreso con una consecuente estabilidad laboral, los índices de empleo más altos de la historia, sumados a una fuerte presencia del Estado de Bienestar marcan una época. Pero, es al final de esta época, (aproximadamente a mediados de los años setenta) cuan-

do empiezan a producirse cambios significativos que van desde los indicadores económicos y macrosociales hasta la vida cotidiana.

La caída del modelo Keynesiano, llevó paulatinamente a una distribución de la riqueza injusta, al punto que nunca en la historia de este siglo se tuvieron los indicadores actuales, ampliándose de manera sustantiva la brecha entre ricos y pobres.

Todas estas cuestiones es necesario leerlas en un contexto de gran incertidumbre, donde uno de los factores más llamativos es la caída del empleo y la emergencia de nuevas problemáticas sociales en escenarios atravesados por una gran complejidad.

Pero esto implica una serie de interrogantes para pensar la intervención comunitaria, donde, no alcanzan las tasas y porcentajes. Esos nuevos interrogantes, se vinculan. En el caso del desempleo, como éste impacta en las expresiones actuales de la cuestión social. La pérdida del empleo, por ejemplo, implica la caída de importantes espacios de socialización.

No se trata de olvidar las estadísticas, sino, tener en cuenta el impacto cualitativo de éstas. La pérdida del trabajo, significa pérdida desde lo económico, pero también, una falta en la construcción de identidad. Por otro lado, el concepto de trabajo estaba ligado a la idea de estabilidad, integración y dignidad.

Así paulatinamente entrada la dictadura militar en nuestro país, el trabajo se transformó en incertidumbre. Ya no se ingresaba al trabajo desde una perspectiva de estabilidad y futuro. Sino que la inserción laboral comenzó a estar fuertemente ligada con la de sobre-vivencia.

Estas cuestiones, también se pueden observar en otros países del mundo. Por ejemplo Robert Castel, trabaja estos temas en Francia a partir de la entrega de seguros de desempleo. Aunque, Francia todavía conserva un Estado de Bienestar importante, la pérdida del empleo genera lo que Castel llama el “enfriamiento” del lazo social.

Es decir los vínculos, también se deterioran (en este caso en Europa), en términos de sociabilidad y de construcción de iden-

tidades, lo que genera nuevos problemas sociales, ligados a formas de padecimiento que se hacen transversales y superan las posibilidades de las instituciones del estado moderno donde una institución está pensada para abordar un tipo de problema.

En los últimos años, la caída del Estado de Bienestar, que es mas lenta y paulatina que el cambio en el modelo económico, fue conformando un escenario donde el desprestigio del mismo , fue producto de la aplicación de políticas neoliberales, que lo dejaron con pocos recursos y una recortada capacidad de respuesta. Además de la complejidad de los nuevos escenarios y problemas sociales.

Tal vez sea interesante rastrear el origen de estos cambios; varios autores los explican en especial desde una perspectiva económica. Se habla de "agotamiento" del modelo Keynesiano, con indicadores de desempleo, inflación y merma en la producción. Por otro lado los recursos económicos para llevar adelante la carrera armamentista, la reconversión económica de los EEUU, en tanto su competencia con Alemania y Japón; el gasto de la guerra de Vietnam, etc., pudieron afectar fuertemente a este modelo económico. Por otra parte, durante la década de los sesenta, el Estado de Bienestar fue fuertemente criticado desde distintas concepciones políticas y económicas.

Pero mas allá de esto, esas cuestiones nos muestran de alguna manera el "clima de época", en que se dan estas transformaciones.

A su vez, esta caída del Estado de Bienestar y del modelo Keynesiano, sumada a una serie de acontecimientos que ocurren a mediados de los setenta, marca un cambio con respecto a la visión del futuro. Este deja de ser promisorio y comienza a cargarse de incertidumbre. Estas cuestiones son fácilmente accesibles en diferentes expresiones culturales de la época, y muchas de ellas nos llegan hasta hoy, desde la música, hasta la estética cinematográfica pasando por la literatura y la arquitectura. Existiendo un común denominador, el futuro no es un lugar "muy

habitable como para ir a vivir”.

De ahí que las perspectivas de progreso y futuro de los jóvenes son muy diferentes hoy si las comparamos con 20 o 30 años atrás.

La promesa no cumplida de la Ilustración, en tanto que el conocimiento asegura la libertad, implica una nueva lista de cuestionamientos a la Institución Escolar. La inserción en el mercado se presenta como más importante que la obtención de conocimientos y no siempre existe una clara relación entre ambas cuestiones.

Estudios recientes muestran que el acceso al primer empleo se vincula con cierta adquisición de habilidades, pero fundamentalmente, con la existencia de relaciones personales. Además, las “carreras” y “trayectorias” personales, luego de la escolarización, se nos presentan como cada vez más aleatorias, es decir relacionadas a factores azarosos donde se construye lo cotidiano.

En otras palabras, se puede obtener un título universitario con las mas altas calificaciones, pero esto no asegurará el empleo en forma taxativa o con la misma seguridad que hace 20 o 25 años atrás. Algunos autores, plantean que estas “carreras laborales” -se relacionen o no con tener un título universitario-, muestran la necesidad de hacer frecuentes elecciones, donde lo aleatorio de las opciones que aparecen resaltaba como lo mas significativo.

Pero estas cuestiones, mas bien sociológicas, se vislumbran también en el trabajo comunitario, se ve en los jóvenes, y también en los adultos, donde las relaciones sociales se asemejan cada vez más a relaciones de mercado.

Por ejemplo dentro del mundo del trabajo, en las nuevas modalidades de contratación, es frecuente que se haga la elección del “empleado del mes”, o la aplicación de sistemas de incentivos, que influyen fuertemente en el desarrollo de la competitividad.

Así los reclamos se alejan de lo colectivo y el mejoramiento

to del salario pasa por la productividad, el presentismo y cierta integración a la empresa, no como una instancia de socialización y contención, sino simplemente en términos de mercado y competitividad.

Este desarrollo de la competitividad, hace que los trabajadores ya no sean “vigilados por el capataz” sino por ellos mismos. La proliferación del “autocontrol”, sería una expresión de estas cuestiones.

El marketing se nos presenta como el nuevo disciplinador social. Nos auto - controlamos, nos movemos en base a pautas de consumo, y esto trasciende los distintos grupos sociales, ya que, se consuma o no, los objetos, marcas, etc., se presentan como nuevos constructores de identidades, cuya característica principal es su ahistoricidad y lo efímero de su duración. Estos datos nos hablan de diferentes formas de fragmentación social que se dan en toda la sociedad, donde pequeños espacios, funcionan con pequeños y rudimentarios códigos.

Por ejemplo, hace 30 años era posible predecir el comportamiento del voto en la población juvenil de un determinado sector poblacional. El trabajo, las tradiciones políticas que circulaban en las familias y en las fábricas, iban determinado la elección por determinado partido político. Hoy la construcción de identidad política, en general, se realiza por fuera de la fábrica o del ámbito laboral y la familia ya que, esta se ve con impedimentos para transmitir diferentes pautas.

Otro dato, relacionado con la intervención, es el de la incertidumbre en tanto la relación entre sociedad y trabajo comunitario. Así, el otro, el vecino, el compañero de trabajo, se presenta como incierto, tal vez, esto explique las dificultades organizativas actuales a nivel barrial.

Esta reflexión la podemos llevar a la cuestión del lazo social. Este es muchas veces impredecible, así se complica la perspectiva de organización comunitaria, especialmente en cuanto como ese otro interpreta los problemas sociales.

Por ejemplo dentro de una misma Área Programática, Barrio, o Territorio, se producen en general, distintas formas de comprender y explicar los problemas, dando cuenta de la heterogeneidad social de cada ámbito.

Esto trae aparejada una fuerte incertidumbre en tanto planificación o armado de programas. Así se crea un clima de imprevisibilidad de los mismos que deteriora su legitimidad.

La noción de tiempo también cambia, el tiempo se transformó, cambió de sentido. Se terminó, prácticamente, el tiempo en clave de producción fabril, relacionado con los modelos fondistas de la producción; ocho horas de trabajo, ocho horas de descanso y ocho horas de esparcimiento. Se trabaja, si se puede, la mayor parte del tiempo posible. Es más, se trabaja en exceso a veces para mantener el trabajo y no para cobrar "horas extras". Si no se trabaja, el tiempo se convierte en una nueva fuente de incertidumbre.

Los niños y adolescentes, internalizan de una u otra manera esta nueva concepción de tiempo, que a veces entra en crisis con las nociones anteriores, que portan sus padres y abuelos.

Esto nos lleva a interrogarnos acerca del concepto de "familia", las posibilidades de ley paterna, donde, por ejemplo en la década de los noventa en el Gran Buenos Aires el 45 % de las familias con NBI tenía cabeza mujer, en condiciones precarias de trabajo.

La escuela a que se va a estudiar o a comer, cambia, nuevamente el sentido de la institución y el lugar del alumno dentro de la escuela y dentro de la familia.

Dentro del desarrollo de estrategias de sobrevivencia, los niños muchas veces participan activamente de la economía doméstica. La escuela, pasa a un lugar secundario, donde no quedan claras sus funciones dentro de la sociedad.

La idea moderna de familia, con papeles asignados claramente para todos sus integrantes se difumina en toda la sociedad.

2- La intervención en espacios microsociales. Algunas cuestiones metodológicas.

Lo mismo ocurre con la concepción de “comunidad”, desde su definición ¿Territorio donde se vive? ¿Con qué perspectivas? ¿Cómo atraviesa la incertidumbre con respecto al futuro a la comunidad misma?

La noción de “comunidad”, se presenta como heterogénea, con distintas lógicas, diferentes problemas, desiguales grupos sociales y una fuerte fragmentación. De ahí que la intervención comunitaria se aproxima más a la noción de “espacios microsociales”, tomando aportes de la sociología de Ervin Goffman.

El territorio barrial está fragmentado y atravesado por distintas lógicas y diferentes problemáticas sociales. Con respecto a la situación de los jóvenes, surgen una serie de interrogantes; ¿comparten padres hijos y abuelos las mismas lógicas? o ¿Cuál sería el papel de las instituciones?

A su vez, el discurso neoliberal dejó una marca donde el anciano o los adultos mayores sean desechables al igual que el desempleado.

Tal vez, desde una mirada no tradicional, es posible pensar la intervención comunitaria, -en tanto espacio microsocial-, en función de la búsqueda de aquello que está pero que no se hace evidente, lo que marcaría una necesaria mirada a la cuestión de historicidad de ese espacio.

Así, es posible encontrar historias de organización que se remontan a distintos aspectos, políticos, culturales, deportivos, que en definitiva operaron y operan como constructores de una identidad colectiva.

Desde esta perspectiva, cambia el sentido y el lugar que se ocupa desde la intervención comunitaria.

Así, la finalidad del trabajo comunitario apuntaría hoy a la problemática de la integración, es decir a la cuestión de la identidad, relacionándose con una necesaria mirada a los lazos sociales.

En definitiva, el origen de las Ciencias Sociales se vincula con esa misma cuestión, y como producto de una crisis a fines del siglo XIX, similar a la actual, es decir, como amalgamar aquello que sucesivas crisis fragmentaron. ¿Cómo rearmar el rompecabezas llamado sociedad? Y especialmente; ¿Cómo recuperar, capacidades y habilidades que fueron sometidas al olvido en estos últimos años?

Desde esta perspectiva, es necesario aprender a leer a la comunidad a modo de un texto, pensar en sus expresiones, sociales, culturales.

¿No es posible pensar la cuestión de la discriminación, estigmatización y la xenofobia que hoy vive nuestra sociedad a partir de una crisis de identidad? Una crisis que hace necesario construir a un "Otro" ahora como amenazante.

Esto nos lleva a otro campo de problemas, ¿Cómo trabajar la cuestión de la identidad?

Así surgen nuevas perspectivas de abordaje, esencialmente no culpabilizantes y que, especialmente, inserten en el problema singular sobre el que se está interviniendo dentro de los atravesamientos macrosociales.

De esta forma, es posible lograr un acercamiento a lo macro, pero ahora desde lo microsocioal, desde el propio padecimiento de los actores, que se ven obligados a participar de una trama que no eligieron y en la que se los incluyó en forma violenta.

3-Una mirada al escenario desde la drogadicción y el consumo

Las identidades efímeras que se construyen con el consumo de drogas también, implican normas, consenso y control, hacia dentro de determinados grupos. En otras palabras, es posible pensar el consumo o la adicción misma como constructoras de un orden de la vida cotidiana que la sociedad abandonó o dejó librado al azar.

Pero también desde los diferentes discursos e imaginarios sociales, se construye una idea de "adicto" en forma absoluta, de

ahí que se absolutiza la prevención y el tratamiento. Esto lleva a una serie de nuevos interrogantes en estos temas, ¿es posible deconstruir, "desarmar" las identidades que los discursos sociales elaboraron?

Pero esas identidades, efímeras por un lado y fuertes por otro, están "superpuestas" a las antiguas inscriptas sobre viejas trayectorias histórico sociales, el desafío hacia las prácticas, hacia la intervención es su recuperación.

También, en los distintos episodios de violencia en todos los sectores de la sociedad, se ve la ruptura de códigos.

Pero, esa ruptura, atraviesa toda la sociedad. Todo esto está fuertemente ligado al hedonismo consumista actual, que hace más confiable a un objeto que una persona.

En el trabajo comunitario pensar lo solidario, lo histórico, lo cultural, lo lúdico, lo expresivo, implica correr estas cuestiones del lugar de la técnica, es decir ubicarlas en el lugar de las estrategias de intervención.

Así, las técnicas se hacen subsidiarias de estas cuestiones, pero especialmente de la problemática de la integración

Se trata de intentar hacer algunos replanteos ¿Qué es más importante: "bajar" un programa de educación de la salud, o trabajar los lazos sociales y construcción de reciprocidades e intercambios dentro del grupo o del programa? ¿No facilitan esas intervenciones la "educación para la salud"? Quizás les dan nuevos sentidos, donde los otros protagonizan la acción. En una sociedad fragmentada como la nuestra, donde los malestares identitarios se expresan crudamente -es la sociedad de shows televisivos, donde se pueden expresar y ver miserias de los otros frente a la fría pantalla del televisor, en la soledad de una habitación- las intervenciones deben apuntar a construir lugares de encuentro.

En otras palabras, espacios de socialización que sirvan para acceder a una comprensión y explicación de lo que está aconteciendo desde la propia lógica de los actores.

Existen una gran cantidad de dificultades para la participa-

ción, y de nuevo es posible pensarlas desde la historia organizativa, desde la violencia ejercida por el terrorismo de estado sobre las organizaciones populares y barriales y desde la violencia hacia lo organizativo en tanto sinónimo de lucha colectiva desde el neoliberalismo.

Pero la organización barrial continuó, a pesar de la crisis, se trata de encontrarla, de generar nuevas formas de diálogo y encuentro con ésta. Estas cuestiones, también se inscriben dentro de la crisis de legitimidad de las instituciones y especialmente, en tanto crisis de representación de la democracia.

Pareciera que el mercado logró carcomer a la democracia y que las igualdades son efímeras y se restringen las ciudadanías.

El Centro de Salud, el Hospital, la Escuela, la Familia, los Centros de Atención de las Adicciones, también sufren esta crisis, en tanto los modelos de intervención que proponen. Esta se expresa en la dificultad para cumplir con los mandatos fundacionales de tales instituciones y en la aparición de nuevas y complejas demandas hacia las mismas.

La relación entre los hombres y las sustancias se pierde en los primeros años de la historia, pero lo que caracteriza a nuestra civilización es la dependencia que puede existir entre el objeto - droga y la persona que la consume. Allí, lo social se presenta como algo clave que puede definir cuestiones y tal vez aproximar explicaciones. Sería, quizás mas apropiada una mirada sociocultural, que intente interrogarse acerca del sentido de la acción, para indagar acerca de la carga simbólica y del significado que las drogas tienen en cada cultura y en especial dentro de cada momento histórico.

En esas tres décadas mencionadas, ocurrieron una enorme cantidad de cambios en todo el mundo. Los mismos, se podrían abreviar en una caída cada vez mas acelerada de diferentes certezas, que van desde la idea de futuro como algo «bueno», por estar adelante en la secuencia cronológica del tiempo, hasta el anunciado «fin del trabajo», dentro de un capitalismo salvaje que puede reproducirse para gestar un Leviatán al cual todos

deben ofrendar su soberanía.

Asistimos a un mundo donde lo que sobresale es la inequidad y una cada vez mayor brecha entre los pocos que acumulan poder económico, político y tecnológico frente a los otros, que desesperan para hacerse visibles dentro de su propio territorio o migrar hacia la incertidumbre de una promesa en el denominado primer mundo.

Esta situación de crisis, ahora, expresada desde la perspectiva de fin y no de cambio, implica un fuerte impacto en toda la trama social, generando mayor inquietud e incertidumbre. En otras palabras aquello que era seguro, posible y cercano, se ha tornado fuertemente turbio, opaco, atravesado por el azar o por un juego de poderes a los cuales aún no se ha podido responder en forma colectiva y organizada.

El mercado es hoy uno de los principales factores de inquietud en nuestras sociedades pero, la lógica del mismo se ha introducido lentamente a través de los años, en diferentes filigranas de nuestra cotidianeidad.

Los discursos acerca de la drogadicción, a veces, se entremezclan en esos espacios generando diferentes donde antes había iguales, construyendo «verdades», multiplicando la desconfianza y el temor hacia otro que es diferente o sencillamente padece.

En definitiva generando una serie de asociaciones, que terminan erigiendo verdades, sobre las que muchas veces se construyen las acciones de prevención en este campo.

Por otra parte se hace necesario interrogarse acerca del papel de los «discursos de la drogadicción» en especial en tanto a su relación con las expresiones actuales de la cuestión social.

Tal vez, desde la perspectiva de analizar el impacto de estos temas en la subjetividad de la comunidad en la que se llevan adelante las acciones de prevención.

También desde como se presenta la relación entre la noción de ciudadanía y los consumidores de drogas y / o adictos, cuando éstos son presentados muchas veces desde una perspectiva de po-

seer -por la extraña razón de depender o usar sustancias- ciudadanías recortadas, flexibles, inestables y de alguna manera efímeras.

A su vez, la naturalización de la exclusión social, de determinados grupos que son considerados dañinos o nocivos hacia el todo social, o simplemente olvidados, implica la construcción de nuevas formas de etiquetamiento y, también, una nueva serie de señales hacia una sociedad, que cada vez se presenta con más rasgos de angustia y fragmentación. Pero, generando como colofón, fundamentalmente, la confirmación de la construcción artificial de identidades en un mundo donde la identidad y la cimentación de la misma se torna cada vez mas problemática.

De ahí que, en muchos casos, se apele a soluciones Hobessianas. Es decir de sesión total y absoluta de la soberanía de ese individuo o grupo de adictos o consumidores, a quienes poseen el «saber» de la cura o la prevención.

En definitiva, posiblemente una de las cuestiones que mas genera marcas en el escenario de la intervención en prevención es el «fatalismo», que atraviesa la descripción de poblaciones y problemas. Tornándose así los mensajes y las acciones, contradictorias y a veces generadoras de más fragmentación social.

Se previene de algo que «no tiene retorno», haciéndose cada vez menos creíble el accionar preventivo, sostenido en la carga simbólica de las sustancias en tanto su «capacidad» de «hacer» adictos, etc.

A su vez, los cambios ocurridos en los últimos años muestran una gran heterogeneidad de las poblaciones sobre las que se interviene, surgiendo la necesidad de apelar a la singularidad de las mismas. De ahí, que se torne problemático trabajar en el desarrollo de campañas verticales que intenten abarcar a toda la población, sin distinciones.

Además es muy difícil pensar la Intervención en la prevención de las adicciones sin tener en cuenta los fuertes cambios contextuales que ocurrieron en los últimos treinta años, tanto en la Argentina como en el mundo.

Esto implica necesariamente revisar los modelos de intervención en función de adaptarlos a nuevos escenarios sociales, que se presentan cada vez más complejos y difíciles de descifrar. Estas circunstancias se observan en la actualidad en diferentes campos, especialmente en aquellos que se vinculan con la Intervención en Lo Social en general.

En la Argentina de hoy se estima que gran parte de la población se encuentra en situación de pobreza. Todas estas cuestiones es necesario leerlas en un contexto de gran incertidumbre.

Pero este tema, también, implica una serie de interrogantes para pensar la intervención en la Prevención de la Drogadicción, donde no alcanzan solamente las tasas y porcentajes. Por ejemplo, el desempleo, afecta a gran parte de la sociedad, no sólo a quien lo padece, sino también para quien vive con la angustia de poder perder su puesto de trabajo, una precaria inserción dentro de la sociedad o, simplemente ver disminuir su capacidad adquisitiva por razones y causas que le son ajenas y lejanas.

En definitiva una mirada al escenario de la Intervención de la prevención, muestra la importancia de generar estrategias que sirvan a la inclusión, a intervenir en la problemática de la integración, en amalgamar aquello que la crisis fragmentó, quizás en espacios microsociales, desde donde sea posible generar señales al «todo social».

4-Prevención y Singularidad una mirada a la cuestión de la identidad

En principio, la intervención en prevención implica la necesidad de un mayor conocimiento del contexto, con una mirada mas profunda a lo local.

La Prevención desde esta perspectiva, puede ser entendida, no como un «mensaje» que se debe multiplicar, sino como una «intervención» en diferentes espacios sociales. Esta cuestión implicaría, desarrollar diferentes estrategias singularizadas a partir de las propias características sociales y culturales de la pobla-

ción sobre la que se quiere actuar. Pero, esta modalidad de Prevención se vincula fuertemente con otra forma de entender el problema... *«En principio, implica preguntarse qué lugar ocupan las drogas en nuestra sociedad. A partir de allí surgen múltiples significaciones que se singularizan en diferentes situaciones. Pero, desde una perspectiva más global, la drogadicción es una expresión del malestar social por el que estamos atravesando. El consumo y la adicción a las drogas podría leerse como una expresión sintomática de lo que está ocurriendo en la sociedad. Una "intervención preventiva" debería apuntar a esas cuestiones, siendo de esta forma una estrategia de tipo socio-comunitaria que debe interrogarse acerca de cada situación en particular, sea esta familiar, barrial, institucional, etc. Una "intervención preventiva", implica que el "mensaje preventivo" es lo último que se construye, privilegiándose así, intentar resolver en espacios, si se quiere microsociales, los efectos de las fragmentaciones que nuestra sociedad sufre y las diferentes expresiones del malestar. Desde esta perspectiva, Prevención implica intervenir en los nuevos padecimientos de nuestra sociedad, así la Prevención no se encontraría separada de la asistencia, articulándose de esta forma con los distintos dispositivos que actúan en el problema»*. (Carballeda, A.1999)

De esta forma es posible pensar la Prevención como una Intervención en un territorio o espacio microsociales, fuertemente atravesado por la fragmentación y con expresiones particulares de la crisis. A su vez, ese espacio está atravesado por una fuerte carga de singularidad, la que es necesario develar.

Pero, en definitiva, tal vez los interrogantes más significativos pasen por definir el horizonte de la misma. En pocas palabras se hace necesario preguntarse: ¿Para qué se interviene?, ¿Cuál es el sentido de la intervención en tanto Prevención?

Pero el perfil de la oferta construye la demanda, es decir, las señales que se den desde la intervención comunitaria, influyen notoriamente sobre esos perfiles y dan forma a nuevas mo-

dalidades de intervención.

Las identidades son constituibles y recuperables en la medida que una causa común aglutine, es decir que aunque en forma espontánea y pequeña apelen o den señales al todo social.

Tal vez la ventaja reside en que estamos en América y nuestra historia desde la conquista es una historia de lucha por la integración perdida.

Aquí, quizás, se encuentren las mayores posibilidades para la intervención comunitaria y la prevención de la drogadicción.

*Licenciado en Servicio Social. UBA. Diplomado Superior en Ciencias Sociales con mención en Sociología (FLACSO) Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Profesor Universitario Titular Ordinario Universidad Nacional de La Plata, Titular Interino Universidad de Buenos Aires. Miembro de Comisiones evaluadoras de la Universidad de La Plata. Dirección de Tesis de Post grado. Evaluador Externo. Director y Co director de Proyectos de Extensión e Investigación. Investigador en Ciencias Sociales Categoría II. Autor de varios libros en la temática de la Salud y Cuestión Social.

Bibliografía

- CARBALLEDA, Alfredo. *Nuevas Formas de la Pobreza y la Intervención del Trabajo Social*. Art. Publicado en la Revista del Consejo Profesional de Trabajo Social o Servicio Social. 1999.
- CARBALLEDA, Alfredo. *La intervención en lo Social*. Artículo publicado en la Revista Escenarios. ESTS. UNLP. 1997.
- CARBALLEDA, Alfredo. *La Intervención en lo social*. Editorial Paidós. Buenos Aires. 2002.
- CASTELS, Robert. *La metamorfosis de la cuestión social*. Editorial Paidós .1997.
- DE IPOLA, Emilio. *Las Cosas del Creer. Comunidad y Lazo Social*. Editorial. Ariel.1997
- FITUSSI, J. Rosanvallon, J. *La nueva era de las desigualdades*. Edit. Manantial. 1997
- JOSEPH, Isaac. *Goffman y la Microsociología*.Edit. Gedisa.1999.
- LIPOVETSKY, Giles. *El Crepúsculo del Deber*. Edit. Anagrama. 1994
- ROSANVALLON, Jean P. *La nueva Cuestión Social*. Edit. Manatial. 1996.
- SANTORE, Marta. *Efectos del Positivismo en las Ciencias Sociales*. Art. Revista Margen año 1 N 1.1992

Dimensión comunitaria de la clínica de las adicciones

**Lic. Marisa RAGGI*

***Lic. José Luis SILVA*

Breve reseña histórico conceptual

Para poder dar cuenta de nuevas herramientas en la clínica de las adicciones y de su dimensión comunitaria realizaremos un breve recorrido histórico de los modos de abordaje de las mismas y del enfoque teórico que los sustentaba.

Los posicionamientos teóricos y cómo se pensaba o se piensa la clínica y la intervención en ella, están en absoluta relación con el momento histórico por el cual se atraviesa.

A partir de la década de los ochenta, se produjeron fuertes mutaciones económicas, sociales, políticas e institucionales, que empujaron a un replanteo necesario para generar nuevos conceptos y proyectos en los abordajes asistenciales. Hoy se pone el acento en la resiliencia de la población para ampliar la noción de salud.

A priori, consideramos que el continuo salud-enfermedad es social, dado que compone, contribuye, condiciona y depende de la salud del conjunto de la comunidad y viceversa. En este sentido, se necesita de una perspectiva comunitaria para todo abordaje en la problemática de las adicciones, propiciando una situación ecológica equilibrada que concibe la salud en la relación del hombre con su entorno (pensar en el malestar en la cultura).

Los primeros abordajes en la problemática de la drogadependencia fueron las modalidades de internación. Surgieron las comunidades terapéuticas, que alcanzaron su apogeo con el modelo Daytop (1961). Se trataba de comunidades jerárquicas, con

enfoque comunitario y un encuadre absolutamente rígido, normatizado, cuyo objetivo era que el paciente alcanzara la abstinencia de sustancias sustituyendo el objeto droga por la dependencia institucional.

A nuestro criterio, con esta rigidez se intentaba oponer un marco de ley autoritario al ideario del movimiento de masas hippie.

En los '80, la propagación del Sida arrasó ese supuesto ideal de libertad sexual, cuyas consecuencias, paradójicamente, coincidieron con los resultados de los tratamientos de Daytop: el aniquilamiento subjetivo.

Con este modelo de abordaje, la pregunta a formular es: ¿El paciente, como sujeto, formaba parte de su tratamiento? o, como diría Ollivienstein, quien en los '70 y con la influencia del posicionamiento teórico de Maxwell Jones, afirmara "que toda existencia del paciente en estas CT estaba condenada a un adiestramiento autoritario y a un plan dictatorial". Recordemos que M. Jones es quien funda las CT democráticas para pacientes psiquiátricos, considerando al paciente un ser social, quien debía ser protagonista de su tratamiento. Se opone así al modelo tradicional médico-psiquiátrico, que lo concibe como objeto.

Las CT tendrán un enfoque conductista (socio-terapéutico-educativo) que aún hoy perdura con el agregado de otros enfoques que han tenido gran incidencia en América Latina, como el proyecto Hombre.

En la década de los '80, la desarticulación de los soportes sociales y culturales, junto a la masificación de las drogadependencias, desbordaron la oferta existente de tratamiento. Comenzaron a implementarse los tratamientos ambulatorios, que yuxtapusieron los criterios de internación con un enfoque comunitario y un encuadre normativo.

En los '90, con la sobreoferta de drogas y la expansión de ese mercado, fue necesario hacer nuevamente un replanteo en cuanto al sistema de atención del paciente y de las formas de abordar la problemática y de crear nuevas herramientas.

En los primeros abordajes ambulatorios, se pensaba que para admitir un paciente debía concurrir acompañado por un familiar o referente que pudiese hacerse responsable del tratamiento. Si esto no ocurría, si la red primaria se presentaba deficitaria, muchos afectados quedaban fuera del sistema de salud.

La práctica se topó con las limitaciones del marco teórico que concibe al adicto como un individuo enfermo por una modalidad patológica de consumo y la atención como la mera relación médico – paciente. La figura del adicto existe más allá de las configuraciones médicas, psíquicas y jurídicas: el tipo adictivo está socialmente producido e instituido. Por lo tanto, se hace necesario un cambio de paradigma para entender la nueva figura del adicto en nuestra cultura.

La lógica del mercado y la fijación al objeto

Se puede ubicar al mercado de consumo como punto de partida para entender al adicto. La subjetividad del consumidor es otro producto del mercado: el sujeto no sólo consume los productos que el mercado le provee (ropa, libros, autos, etc.), también debe identificarse a los estereotipos ofertados (imágenes y conceptos asociados al poder, la belleza, el bienestar) y encontrarse en las condiciones subjetivas de desechar el último objeto en nombre del próximo y no quedar capturado por el objeto que consume.

La diferencia con el adicto es que este queda fijado a la ilusión de la satisfacción que estableció con el objeto droga, continúa buscando ese encuentro, no puede salir de él; el sujeto ha desaparecido tras el objeto que lo satisface y que desde entonces lo constituye; es decir, se corre el riesgo de producir la aniquilación subjetiva.

La aniquilación subjetiva se manifiesta en intensidades desbordantes, la anulación de la dimensión temporal, la adicción y la desesperación por el consumo, el ingreso de nuevas sustancias

como la pasta base en donde no hay recorrido por el uso y el abuso sino la imposición de la adicción.

Otra forma de intervención: comunidad y participación

La noción de intervención se halla asociada etimológicamente a venir entre (del latín, *interventio*), siendo muy equívoca en sus diferentes acepciones y connotaciones. Desde las más «positivas» (a nivel ético -valorativo) como sería la idea de ayuda, cooperación, apoyo, de interceder, mediar o interponerse en situaciones conflictivas; pasando por la idea de la intervención como forma de control (*interventor, auditor, etc.*), hasta llegar al extremo de las acepciones más «negativas», como *intervencionismo*, vinculadas a diversas formas de autoritarismo, *intromisión, injerencia, coerción y/o represión*.

Sin embargo, es el campo de la salud el que propicia un uso más adecuado para el contexto de las redes sociales: la operación quirúrgica. La metáfora médica cobra toda su validez, porque se trata de operar sobre un campo de la realidad previamente explorado, analizado, con la intención de incidir en él, de provocar ciertas modificaciones, no necesariamente previstas en sus efectos o sus alcances. Además, ninguna intervención/operación resulta totalmente indolora o inocua, ni deja de ser vivida como traumatizante.

La noción de intervención se volvió recurrente en Francia a partir de la década de los setenta, especialmente entre socioanalistas de la talla de Lapassade, Lourau y Ardoino, entre otros, o sociopsicoanalistas (como G.Mendel), refiriéndose todos ellos, fundamentalmente, a las formas de intervención institucional.

Por su parte, M.Pagès, reconocido psicólogo y sociólogo, ya en un texto de 1970, analizaba las intervenciones, distinguiendo en ellas tres fases: una toma de conciencia, una fase de diagnóstico y, por último, una fase de acción.

Lo comunitario enfrenta un momento crítico, ya que en muchos casos los mismos recursos, esquemas o supuestos de trabajo no producen los resultados esperados. Es que el mismo uso del término "comunidad" ha sufrido mutaciones aceleradas en los últimos años. En diversos foros nacionales e internacionales, "lo comunitario" ha proliferado y se ha instalado como un campo de problemáticas y debates, pero con escaso anclaje práctico. Por otra parte, el uso del término "comunitario" ha ido desplazando al concepto de "comunidad": se ha cambiado un sustantivo, que supone un sujeto que decide, por un adjetivo, que supone un objeto- problema.

Lo "comunitario" implica una exterioridad, un afuera respecto a quienes intervienen allí. ¿Pero la comunidad ha dejado de ser una realidad efectiva para los habitantes de las situaciones comunitarias? ¿Es un espacio – objeto de estudios, abordajes y enfoques?

La posición comunitaria no concibe la comunidad como una multiplicación de individuos carentes en sus necesidades, desabastecidos o testigos pasivos de sus malestares. Parte de la afirmación de que los lazos sociales activos son precarios: no son permanentes ni los modos de organización ni las estrategias de autoafirmación. Pero es a partir de los actos creativos, de la puesta en marcha subjetiva de un movimiento, que se relanzan las redes sociales. La comunidad efectiva se constituye en su hacer y en su hacerse. Lo que enferma es la autopercepción de la comunidad representada como objeto y como víctima.

En cambio, si el punto de partida es "esta comunidad" en acto, desde su vitalidad, en la riqueza de sus vínculos, en la creencia de sus miembros, en la apuesta por lo común, en la revisión de los mitos para dar lugar al enfoque de salud- enfermedad y, siguiendo con el ejemplo, el sujeto que consume drogas está enfermo y además se trata de una enfermedad social, síntoma cultural, permitirá tejer nuevos nudos que se armarán al entrecruzarse las redes sociales con las institucionales.

La participación no es un hecho espontáneo y aislado. Se trata de un proceso de organización y definición de objetivos, que transforma la acción social en comunitaria. La comunidad movilizada toma un rol protagónico en el que- hacer preventivo y asistencial.

El término participación proviene de la palabra parte, es decir: Tomar parte (saber, conocer, opinar, decidir, hacer, asumir responsabilidades).

Formar parte (pertenecer a un grupo u organización).

Tener parte (usar los beneficios obtenidos de acuerdo al trabajo aportado).

Se presentan distintos modos y maneras de participar dentro de un grupo. El nivel de participación no se mide por cuánto se toma parte, sino cómo se tiene parte.

La participación en procesos comunitarios fomenta el entrenamiento de habilidades que pueden constituirse en factores protectores tales como la resolución de conflictos, habilidades de relación, negociación, colaboración, definición de problemas, entre otras. Es decir, supone involucrarse en el análisis de las condiciones de partida, consensuar la agenda de los problemas y participar en los procesos de planificación y evaluación de las acciones, lo que supone un ejercicio constante de la toma de decisiones grupal e individual.

La participación es el motor que le da empuje al desarrollo de la sociedad a través de sus organizaciones e instituciones. Posibilita que las personas sean actores responsables y no espectadores de la construcción de su propia vida.

La participación comunitaria hace referencia a la movilización de la comunidad, la facilitación en el desarrollo de actividades y el crecimiento de una conciencia sanitaria.

A través de la participación, podemos hablar de una transformación conjunta del sistema de salud y de la comunidad, pudiendo mejorar la calidad de vida y la accesibilidad de atención.

Posibilita, también, tener más acceso al control en el funcionamiento del sistema, por ser parte en la organización.

La participación de la comunidad en el sistema de salud surge como parte del proceso de las necesidades sufridas y sentidas por la población, junto con la creencia de que se toma como prioridad el fortalecimiento, no sólo de las capacidades individuales, sino también institucionales y comunitarias; por lo tanto implica un cambio en la relación del sistema de salud con la comunidad.

Un ejemplo es la ley 11748 decreto 49 que prohíbe la venta de alcohol a menores, si bien es el Estado quien la promueve, no sería efectiva si no es acompañada por la participación social; el control de gestión también debe ser realizado por la comunidad.

Herramientas para la asistencia comunitaria

La red significativa del paciente es un agente dinámico en el tratamiento de las adicciones y no se limita sólo a la familia y al equipo tratante: debe considerarse el ser comunitario del paciente, ya que su singularidad como sujeto es también la particularidad de las configuraciones vinculares (familiares, amistosas, socio-económicas), lo que da lugar e importancia a los procesos comunitarios, que es donde los sujetos enferman, padecen, se recuperan y resuelven sus dificultades.

¿Qué implica, entonces, la asistencia comunitaria?

Entendemos por ella que se trata de una filosofía de la acción, que estimula la toma de conciencia de los problemas existentes desde la propia comunidad y se dispone a implicar a los afectados en su solución, estableciendo una organización para la respuesta y favoreciendo la participación de la comunidad en su conjunto.

El paciente debe ser atendido con o sin red, debe darse lugar a otras formas de abordajes y de atención,

La asistencia comunitaria implica un enfoque dinámico, que permite pensar nuevas herramientas de intervención en un nuevo paradigma. La coexistencia de diversos dispositivos (voluntarias, grupos de autoayuda, asociaciones de padres, adictos recuperados, operadores comunitarios, asociaciones vecinales, comunidad educativas, etc.) encuentran coherencia terapéutica cuando el equipo tratante interviene como agente coordinador del accionar comunitario.

Siguiendo con el pensamiento de Ignacio Lewkowicz: “Una lógica está activa cuando tiene capacidad de significar lo que allí sucede; una lógica está agotada cuando deviene incapaz de simbolizar lo que en ese terreno acontece. Se podría decir entonces que el agotamiento de una lógica no implica la desaparición de sus dispositivos productores de sentido. Más bien implica que estos dispositivos pierden su consistencia integral, las sombras de la vieja lógica complican la posibilidad de leer en su especificidad las nuevas condiciones.”

Entre la inconsistencia y la consistencia de nuevas herramientas, entre las viejas representaciones y las nuevas prácticas, se inicia la tarea de pensamiento.

*Lic. En Psicología y Psicodramatista. Miembro Fundadora e integrante del Equipo Asistencial de Grupo del Oeste - Asistencia en Drogadicción (1983-2007). Coordinadora del Equipo de Supervisores de la Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones (1995-2001). Co-coordinadora del Área de Capacitación de la Subsecretaría de Atención de las Adicciones. Docente y Coordinadora del Curso de Operador Comunitario de la SADA. Docente Invitada de la Universidad de Buenos Aires.

**Lic. En Psicología. UBA. Director del CPA de Tigre. Supervisor de la Secretaría de Prevención de las Adicciones (1998-2001). Maestría en Gestión de Servicio de Salud Mental (2002-2003). Docente del Curso de Operador Comunitario de la SADA.

Bibliografía

- LEWKOWICZ, Ignacio. *"Subjetividad adictiva: un tipo psicosocial instituido. Condiciones históricas de posibilidad"* en Dobon, Juan y Hurtado, Gustavo (compiladores).1999.
- LEWKOWICZ, Ignacio. CANTARINI, Mariana –Grupo doce.*Del Fragmento a la Situación.*
- FREUD, Sigmund.*El Malestar en la Cultura.*
- LARRAIN HEIREMANS, Soledad - *Doc. Participación Ciudadana y Salud.*
- OLIVIENSTEIN- No hay drogadictos felices.
- ESCOHOTADO- Historia de las Comunidades Terapéuticas.

La educación en los tiempos que corren

**Lic. Silvia Pisano*

Cuando nos referimos a las nuevas patologías sociales, bulimia, anorexia, violencia, adicciones, como fenómeno cultural, sin lugar a dudas, aparecen el consumismo, el materialismo, el individualismo, la modificación de las relaciones sociales que afectan a seres humanos de diferentes edades, de distintos sexos, de sectores sociales y culturales.

En este contexto, las instituciones educativas siguen siendo las únicas que contienen a su población-objetivo, en las etapas evolutivas más significativas en el desarrollo del ser social y, por lo tanto, no sólo sienten el impacto y la sobrecarga de las demandas sociales y de los emergentes relacionales de este contexto, sino, además, de nuevos deterioros en el aprendizaje, asociados a esas problemáticas.

Y esto pone en crisis hasta dónde es legítimo su legado de integración, frente a la fragmentación y exclusión social. Hasta dónde se sostienen la concepción del niño educable como embajador de la ternura y la inocencia, frente a los nuevos niños hiperrealizados o subrealizados que rompen ese patrón. Y hasta dónde pueden enfrentar la violencia y las conductas adictivas que hoy se presentan dentro de los muros de los establecimientos educativos, cuando los profesionales de la educación no fueron ni son preparados para ello.

Frente a esta nueva realidad, algunos educadores se paralizan y prefieren refugiarse sólo en la transmisión del conocimiento, bajo la excusa de "en mi escuela no pasa nada" y "yo sigo enseñando". Como si fuera posible que el proceso de aprendizaje se produzca por fuera de lo "epocal".

Otros muchos, reconocen que algo hay que hacer, que necesitan nuevas herramientas metodológicas y las buscan en cuanto curso de capacitación y actualización docente aparece en su camino. Son los que se comprometen en un CPE, en un Espacio Educativo, los que incluyen el trabajo preventivo en los PEIs, los que aportan nuevas ideas, los que se preocupan en el día a día porque la educación no sea sólo transmisión de conceptos. Y se preocupan por favorecer la autoestima, asertividad, resiliencia, por ver en esa población-objetivo, sujetos de aprendizaje.

Por otro lado, el Ministerio de Educación de la Provincia de Buenos Aires está impulsando continuos cambios en los contenidos conceptuales, actitudinales y procedimentales (hasta el punto de incluir una materia obligatoria en 1º año de Polimodal "Adolescencia y Salud") para que en todos los niveles de enseñanza se trabaje en la prevención de adicciones y las demás problemáticas.

LOS JÓVENES

En el imaginario social, la juventud se presenta como un problema de doble dimensión:

- Por un lado, los jóvenes se hallan detrás de casi todos los problemas que preocupan a la opinión pública: desocupación, subocupación, violencia, drogas, alcoholismo, entre otros.
- Por otro lado, existen varios prejuicios generados desde la hegemonía del mundo adulto con respecto al "ser joven": los jóvenes no son capaces de asumir responsabilidades; de planificar acciones coordinadas, de gestionar y administrar recursos, etc.

Esta visión se traduce en diferentes campañas de prevención de adicciones, HIV, maternidad temprana o educación sexual, que presentan al joven como víctima o denunciante del problema, pero lo niegan como actor responsable que pueda tomar decisiones para transformar su modo de vida.

La consecuencia de esta visión es la negación de los jóvenes como actores colectivos con intereses comunes. Esto se traduce en la falta de propuestas de acción para ellos, los que además, por falta de trabajo y de dinero, muchas veces no pueden salir del barrio en busca de otras alternativas.

QUÉ DICEN ELLOS:

A partir de los resultados obtenidos de la Sonda Educativa aplicada en 2000 alumnos de 3º año Polimodal, en julio del 2005, bajo la dirección del Observatorio Provincial, surgen los siguientes datos:

- Cuando se les consulta sobre cuál sería la principal forma de participación, el 24,9% nos dice "con jóvenes organizar actividades, el 24,8%, "en escuelas o asociaciones educativas", el 22,1%, "en casa, ayudando". Sólo el 12,8% entiende la participación como "estando informados" y, lo más destacado, sólo el 5,2% creen que no deben participar en nada.

- Bajo el planteo de cómo podrían mejorarse las condiciones de vida de los jóvenes que viven en su barrio, el 63,7% dice "si la gente y el gobierno se lo proponen en conjunto", el 16,6% "si la gente se organiza", el 10,6% "si el gobierno hace algo", frente a un 2,5% que creen que "no pueden mejorarse".

- Otro dato significativo, es que el 30,8% cree que el tema más importante para ellos es que "todos tengan las mismas posibilidades de progresar".

Sería conveniente, llegado a este punto, considerar que los 7000 jóvenes, de 11 a 20 años de edad, que participaron del Espacio Educativo en el 2005, valoran la propuesta como muy positiva porque se sienten escuchados, respetados, considerados. Muchos de ellos señalan que es la primera vez que tienen un espacio donde pueden decir lo que piensan y llevar adelante sus propios proyectos y donde los adultos están a su lado.

Sus propuestas tienen distintos destinatarios: otros jóvenes, comunidad y, lo más significativo en cuanto a roles: sus padres. Por otra parte, los docentes valoran la propuesta por los cambios conductuales producidos en los grupos y por la satisfacción que produce, en ambas partes, esta nueva metodología de trabajo.

Deberíamos sumar las evaluaciones de los manuales "Jóvenes en Prevención" que van en el mismo sentido. Los jóvenes de 15 años de edad y sus docentes manifiestan que la herramienta didáctica posibilita un mayor acercamiento docente-alumno y favorece el planteo de la problemática en el aula.

Sin lugar a dudas, lo hasta aquí planteado por los jóvenes constituyen las verdaderas oportunidades del trabajo preventivo.

SIGAMOS VIENDO LOS DATOS DE LA SONDA EDUCATIVA.

- Consultados sobre la información que poseen, dicen estar suficientemente informados: 68,8% sobre abuso de alcohol y 75,3% sobre uso de drogas. La fuente de información es, en primer lugar, la escuela (26,8% en cuanto a alcohol y el 29,3% en cuanto a otras drogas) y, en segundo lugar, la madre o el padre (en alcohol, 16,9% el padre, 15,1%, la madre. En otras drogas, 15,4% la madre y 13,5% el padre)
- Están suficientemente informados pero... el 50,3% cree que "un joven que no toma alcohol se siente incómodo cuando está en una reunión donde se sirven bebidas alcohólicas" y el 80,5% que quienes toman alcohol no se sienten incómodos ante la presencia de los que no toman. Cuando se les consulta cómo calculan la cantidad de bebidas alcohólicas, por persona, al momento de organizar una fiesta, el 40% calcula más de 1 botella de vino, el 34%, más de ½ botella de vodka, el 67%, entre 1 y 3 botellas de cerveza y el 18,5%, más de 4 botellas de cerveza.

- En cuanto a la disponibilidad de las sustancias, dicen que es fácil conseguir: tabaco-95,9%, cerveza-94,8%, vino-94,2, bebidas fuertes-74,8%, marihuana-38,5%, cocaína-25,8%.

Evidentemente, a la alta tolerancia social se suma la disponibilidad y no alcanza con que nuestros jóvenes estén informados, tal como lo muestran los datos precedentes.

A esto se suma que el mayor porcentaje de jóvenes se inicia en el consumo de alcohol entre los 14 y 15 años de edad (47,3% con cerveza y 34,8% con vino) y, en el consumo de otras drogas, entre los 16 y 17 años (7,7% marihuana, 1,8% cocaína). Lo cual no significa que no haya inicio en el consumo antes de esas edades ya que, antes de los 14 años, el 25% probó cerveza y, antes de los 16, casi el 7% probó marihuana y el 1,3% cocaína.

Factores de protección y de riesgo, amenazas y oportunidades, facilitadores y obstaculizadores. Ni unos ni otros pueden dejar de contemplarse en cada momento del programa para áreas educativas.

Por qué trabajar la prevención desde espacios educativos:

Si la prevención tiene como fundamento evitar o retrasar el inicio de conductas adictivas, es oportuno hacerlo desde los primeros estadios del desarrollo evolutivo y la escuela, como lugar intencional y planificado, es uno de los espacios privilegiados para este fin, ya que...

- 1- Las personas están en la institución escolar en la edad en que se es más susceptible de adquirir valores, actitudes y hábitos adecuados a su desarrollo personal y social.
- 2- A lo largo de la edad de escolarización los alumnos están sometidos a cambios y momentos de crisis que los exponen a múltiples riesgos.
- 3- La educación formal es un subsistema social cuya finalidad

es la promoción humana y social de las personas.

- 4- La escuela puede ofrecer una acción intencional, específica, planificada y sistemática con posibilidad de evaluación y continuidad en el tiempo.
- 5- En los establecimientos educativos se puede trabajar con grupos, dando la posibilidad de conocer sus reacciones y poder intervenir sobre ellas. Esto constituye una ventaja con respecto a la familia, ya que el consumo de sustancias psicoactivas se inicia, generalmente, como conducta de grupo.
- 6- En el marco escolar se puede trabajar no sólo con alumnos, sino también con padres, docentes, no docentes, ex - alumnos auxiliares.
- 7- En general, la escuela goza de un reconocimiento social que le confiere capacidad de convocatoria.
- 8- Los padres siguen delegando la formación de los hijos, en las instituciones escolares, siendo ellas, en muchas ocasiones, el lugar en el cual se compensa la falta de socialización primaria o en donde se contiene al menor.
- 9- La implementación de la Reforma Educativa en la provincia de Buenos Aires, impulsa a la escuela a redefinir su función, siendo uno de los ejes de la transformación curricular la identificación de contenidos socialmente significativos.
- 10- La organización del currículo que ha jerarquizado los procedimientos y las actitudes a la categoría de contenidos de aprendizaje, el desarrollo en los alumnos de valores, habilidades de competencia social, etc. que les permitirá resolver con mejores recursos las situaciones de iniciación en el consumo que necesariamente deberán enfrentar.

Sin embargo, en los últimos tiempos, ha surgido, cada vez con más fuerza, la necesidad de la educación permanente y de especialización. Dichos espacios no pueden ser cubiertos por la escuela y dan nacimiento a una educación no formal con una

fuerte presencia en todos los sectores poblacionales y con nuevas modalidades educativas: a distancia, semipresencial, virtual, etc.

Dichas instituciones, con clara intencionalidad pedagógica, contienen buena parte del tiempo libre de los escolarizados y, sobre todo, de los que están fuera del sistema educativo.

Por ello nos referimos a áreas educativas en sus dos dimensiones: formal y no formal.

Ahora bien, la educación, desde su nacimiento en la Modernidad, ha recibido el legado de preparar a las nuevas generaciones para participar en el futuro como conservadoras y transformadoras de la cultura, basada en el trabajo con el conocimiento y la socialización de los alumnos.

Más allá de las diversas teorías pedagógicas que impregnaron cada tiempo, la educación, hoy sigue recibiendo el mismo legado (lo que no implica que se haya conservado el ideario de hombre, las relaciones sociales, la escala de valores, etc.) y, como institución, no puede estar ajena al proceso de construcción y debe asumirlo, desde todos los actores que involucra, cumpliendo un rol activo y no siendo una mera espectadora o comentarista de los sucesos.

Si el proceso educativo y sus instituciones consiguen desarrollar las potencialidades de las personas desde sus primeros años, fomentando y consolidando la adquisición de hábitos, actitudes, valores y habilidades orientados hacia una vida sana y desarrollando conocimientos encaminados a formar personas autónomas, posiblemente se reduzcan las situaciones de riesgo de conductas adictivas y, con ello, el abuso de sustancias tóxicas en la población infantil, juvenil y, posteriormente, adulta.

Así, la tarea de prevención coincide casi exactamente con lo que es la tarea de la educación. Los objetivos son coincidentes, hasta el punto que no podemos educar sin prevenir. Siempre y cuando, el escenario educativo no se limite a la mera transmisión de conocimientos sino que sea ofrecido como un espacio de socialización, de participación, de reflexión, de transformación,

ya que, la complejidad del fenómeno adictivo, como sociopatía, exige una construcción cultural horizontal y participativa que promueva la transformación a partir del reconocimiento, desde los propios actores involucrados, de las dificultades, limitaciones y situaciones de vulnerabilidad como así también, de las condiciones favorables que posibiliten sortearlas.

Y para ello, es imprescindible la consideración del sujeto de aprendizaje como protagonista activo, cuyas creencias podrán ser modificadas a partir de la revisión de sus aprendizajes previos, del replanteo de certezas, de la interacción con sus pares y donde el docente constituya el andamio que le da seguridad y, al mismo tiempo, le permite construir su aprendizaje. Respondiendo a las realidades locales y posibilitan además el surgimiento de la creatividad de los propios actores.

Priorizar al niño, al joven, no es situarlo en el lugar del "problema", sino pensar en él, como adultos responsables de acompañar su crecimiento, brindándole las herramientas para formarse como un individuo libre, crítico, responsable y como un actor dinámico en la realidad actual.

Surge así, una segunda necesidad: trabajar desde y con los referentes de los jóvenes, entendiendo por tales a aquellos adultos involucrados en su formación.

Por lo hasta aquí expuesto, el Programa de Prevención en Áreas Educativas parte de la necesidad de pensar estrategias con y para la educación (formal y no formal), en sus diversas ofertas, tendiendo a promover la formación integral de los alumnos, que habrán de constituirse en los beneficiarios directos del programa, a partir de la formación y participación de todos los actores involucrados en el proceso educativo y constituyendo un espacio de educación no formal que posibilite dar respuestas desde la Red Pública de Atención a las Adicciones, bajo los siguientes fundamentos:

Respuesta integral e integrada de prevención: Bajo los principios de la Atención Primaria de la salud, los proyectos del

programa atienden la salud integral de los beneficiarios, a punto tal que llega a cuestionar la división entre lo específico e inespecífico de la concepción tradicional del abordaje del tema adicciones. ¿O acaso no es específico cuando se promueve la integración social, cuando se trabaja para favorecer los **Principios de equidad y de responsabilidad solidaria**?

No caben dudas que, desde una concepción integral, no pueden dejar de verse las situaciones de fragmentación, de desigualdad de oportunidades, de exclusión y marginación y hacer algo al respecto.

Por ello, toda la propuesta se desarrolla con **Tecnología Sanitaria y Social Participativa**, respetando la singularidad de cada realidad, la participación activa de los sujetos y la promoción de respuestas desde la propia comunidad, lo cual favorece la **Calida, Eficiencia, Flexibilidad e Innovación** de la misma. Lo que no significa correrse de lo específico, sino atender la especificidad de la sociopatía entendida como tal, ni colocarse en un rol de técnico paternalista ni light, sino facilitador y promotor, donde medie el conocimiento proveniente del área de salud. Respetando así, los principios de socialización y conocimiento que caracterizan el acto educativo. De no ser así, se estaría contribuyendo a afianzar la desigualdad.

Ahora, bien, esto no es legítimo si no se reconoce un trabajo en red interna (La red interna la forma un primer tejido con los demás programas verticales y áreas de sede. Y un segundo tejido formado con los Coordinadores Regionales, Referentes regionales de Educación y equipos de los CPA. La red externa (nos referimos a Ministerio de Educación - Subsecretaría de Educación, Directores de Ramas, Inspectores Jefes, distritales y de rama, Consejo General de Educación, Dirección de políticas Socio-educativas, CIEs - Educación No formal, Legislatura, SEDRONAR, etc.) en donde la prevención en ámbitos educativos es sólo un nodo de esa red, consolidando de esta manera la **Respuesta Integrada**.

Glosario

Salud Integral: *“Capacidad de desarrollar el propio potencial y responder en forma positiva a los retos del ambiente. Es la magnitud en la que un individuo o grupo social pueden, por una parte, realizar sus aspiraciones y satisfacer sus necesidades y, por otra, cambiar su entorno y afrontarlo. Es un recurso para la vida cotidiana y no un objetivo final” (Organización Mundial de la Salud.).*

Educación Formal: *Sistema correspondiente a la Política de Estado para responder al derecho a la educación de todos los ciudadanos. Está constituido por todos los niveles y ramas de enseñanza oficial y privada, dependientes de la Dirección General de Escuelas. O sea, del Ministerio de Educación. En todas ellas, es el Estado quien fija los contenidos, modalidades y finalidad de la enseñanza a través de la Ley de Educación y de una estructura vertical de Directores e Inspectores.*

Educación no Formal: *Se realiza por fuera del Sistema Educativo formal pero, como complemento de éste. Ej. Academias de inglés, computación, música, post- grados, tecnicaturas, cursos de actualización, cursos laborales, etc. Algunos de ellos, sobre todo a nivel de capacitación profesional, son reconocidos y validados por el sistema formal.*

Educación Permanente: *es un concepto que surge a partir de las necesidades continuas del contexto laboral y profesional. Bajo esta concepción se entiende que la educación se desarrolla durante toda la vida, ya que, la educabilidad es posible en cualquier etapa del desarrollo, desde el nacimiento hasta la muerte. Lo cual rompe con el esquema tradicional de educación formal que se inicia y*

concluye a una determinada edad, a partir de haber cumplido el ciclo: jardín de infantes, escuela primaria o EGB, Secundaria o Polimodal y Universitaria- terciaria. La educación permanente contempla lo formal y no formal.

Ofertas Educativas: *Son las distintas opciones que se presentan en el sistema formal y no formal:*

- *Desde el **formal:** Nivel Inicial (Jardines Maternales, Jardín de Infantes y Pre-escolar), E.G.B. (Educación General Básica), E.S.B (Escuela Secundaria Básica), Polimodal, E. Técnica y Agraria, Educación Especial, CEA (Centros de Educación de Adultos de EGB y Nivel Medio), CEF (Centros de Educación Física) CEC (Centros Educativos Complementarios de Psicología), Centros de Estimulación Temprana, Centros de Alfabetización, Nivel terciario, Nivel Universitario. Cada uno con sus respectivas extensiones y nucleamientos. DIPREGEP (Dirección Provincial de Escuelas de Gestión Privada) con escuelas en todos los Niveles: Inicial, EGB, ESB, Polimodal, Terciario, Universitario, Especial. Además se implementan Programas que dependen de la Política Provincial o Nacional como Patios Abiertos, Escuela Saludable, Plan Más Vida, Todos a la Escuela, etc. Todos ellos con un gran componente comunitario. Observaciones: Los niveles subrayados son obligatorios. (10 años en la educación formal).*
- *Desde el **No Formal:** Institutos, Academias, ofertas de clubes, Cursos y Talleres de Asociaciones, Fundaciones, Juntas Vecinales, Unidades Sanitarias y otras ONG, Centros de Rehabilitación, Talleres Protegidos, etc. Son servicios por fuera del Sistema Educativo que complementan pero, no reemplazan la obligatoriedad de lo formal.*

Aprendizajes Previos: *Es el conjunto de creencias y conocimientos con que cada uno se enfrenta a un nuevo aprendizaje. Contemplar los aprendizajes previos del alumno, cualquiera sea su edad, implica*

descartar la idea de ignorancia frente a lo que hay que enseñar. Trabajar con ellos no significa partir de lo que cada uno trae para poder problematizarlo y acercar el nuevo conocimiento. Si este proceso no se da, hay repetición de conceptos pero no aprendizaje.

Aprendizaje: El aprendizaje es el proceso que nos permite incorporar la cultura para poder formar parte de ella. De manera tal que podamos, no sólo conservarla, sino también, ser actores activos en su transformación. Dicho aprendizaje, se produce en determinado contexto de interacción social, el cual marcará la dirección y el significado de lo que se aprende.

Ahora bien, para poder precisar desde dónde se produce el aprendizaje, conviene repasar algunos supuestos básicos de la Psicología Cognitiva:

- El conocimiento es una construcción del ser humano, producto de la interacción ambiente- disposiciones internas.
- Esa construcción está subordinada a la representación inicial que se tenga de la información nueva y a la actividad interna o externa que se despliegue al respecto.
- El aprendizaje no es sólo un cambio conductual, sino, además un cambio en el conocimiento del sujeto, el cual se produce por reorganizaciones del conocimiento.
- El ser humano es considerado como un ser capaz de recoger información del medio, procesarla y tomar decisiones. Siendo el procesamiento de la información el núcleo central de la psicología cognitiva...." *lo más general y común que podemos decir de la Psicología Cognitiva es que refiere la explicación de la conducta a entidades mentales, a estados, procesos y disposiciones de naturaleza mental, para los que reclama un nivel de discurso propio*" (Riviere, 1987).

Para poder entender mejor, desde dónde se fundamenta este programa, veamos qué nos dicen algunos de los investigadores que trabajan desde supuestos cognitivos:

JEROME BRUNER

Para Bruner, el sujeto aprende si tiene una participación activa en el aprendizaje, o sea si es parte en su propio proceso de aprender. Y ese aprendizaje va a ser significativo si es un aprendizaje por descubrimiento.

Por otro lado, asegura que cualquier tema o materia pueden ser enseñados a cualquier niño, siempre y cuando se respeten las distintas etapas evolutivas de los educandos, considerando las distintas formas de representación de la realidad que atraviesan el desarrollo intelectual (enactiva, icónica y simbólica).

Entiende que la formación de estructuras cognitivas se conforman en los siguientes procesos de conocimiento:

1. proceso de conceptualización: como inicio en la formación de estructuras, en donde se capta e interpreta la realidad y luego el sujeto la ordena de manera significativa para él.
2. proceso de codificación que le posibilita categorizar, conceptualizar y codificar. A partir de ello se arriba a las generalizaciones.
3. sistema de código que se produce por la captación de una disciplina (sistema de códigos) o la estructura de la realidad y forma sus propias estructuras cognitivas.

Entendiendo el aprendizaje como el proceso de interacción del sujeto con su ambiente, donde se generan nuevas estructuras cognitivas o se cambian las que posee, reconoce 4 etapas en el proceso interno del aprendizaje:

- A- Predisposiciones hacia el aprendizaje: motivos internos como curiosidad, reciprocidad, identificación, competencia.
- B- Exploración de alternativas: estrategias internas que se activan por los motivos internos y que llevan a que se continúe la búsqueda del conocimiento.
- C- El salto intuitivo o captación súbita: estado de culminación

del proceso de pensamiento, hipótesis del educando.

- D- El refuerzo: cuando se valoriza el descubrimiento se comprueban las hipótesis, se corrigen y se perfeccionan.

Un aspecto significativo de su teoría es la “noción de andamiaje”, definida como las conductas de los adultos destinados a posibilitar la realización de conductas, por parte del aprendiz, que estarían más allá de sus capacidades individuales. Con la metáfora del “andamiaje” se representa la necesidad de las ayudas (andamios) que los educadores ofrecen a sus aprendices, como así también, la transitoriedad de esa ayuda, ya que la misma se retira a medida que el sujeto de aprendizaje va asumiendo autonomía y control en el aprendizaje (bases de metodologías didácticas de participación guiada).

Profundizar en su teoría sería un tanto redundante si consideramos que su obra es más que conocida en el sistema educativo. No obstante, conviene recordar algunos puntos fundamentales:

- *“El sujeto de aprendizaje sólo puede incorporar objetos que los esquemas cognitivos ya tengan una mínima noticia.*
- *Estos esquemas anteriores ya han sido construidos en la interacción*
- *La manipulación de objetos no genera conocimiento, sino la actividad estructurante y manipuladora del sujeto.*
- *El sujeto juega un papel central en su aprendizaje, resolviendo problemas que lo obligan a construir sus esquemas*
- *El aprendizaje, para Peaget, no es mera copia pero tampoco mero olvido; conserva el pasado y crea novedades.*
- *El sujeto avanza en la adquisición de conocimiento resolviendo situaciones de contradicción y de conflicto, generando compensaciones.*
- *El error denominado constructivo (tomo compensación*

incompleta) sirve para realizar otras compensaciones exitosas” (Psicología Cognitiva, pág 65)

Concibe el desarrollo cognitivo como una sucesión de estadios y subestadios caracterizados por la forma especial en que los esquemas se organizan y se combinan entre sí formando estructuras. Esos estadios son:

1. **Estado sensoriomotor** (desde el nacimiento hasta los 18/24 meses aprox.). La inteligencia sensoriomotriz es práctica, se logra a través de la acción y las construcciones se apoyan en las percepciones y los movimientos que se organizan en esquemas de acción. Se subdivide en 6 subestadios
2. **Estadio de inteligencia representativa o conceptual** (desde los 2 años hasta los 10/11 años aprox.). Culmina con la construcción de las estructuras operatorias concretas. Se subdivide en período pre-operatorio (el cual, a su vez se subdivide en período simbólico pre-conceptual y período intuitivo articulado) y período operatorio concreto.
3. **Estadio de operaciones formales** (desde los 11 hasta los 15/16 años aprox.). Culmina en la construcción de las estructuras intelectuales propias del razonamiento hipotético-deductivo.

VYGOTSKY

Lo más importante de su teoría son los procesos sociales interpsicológicos, o sea las influencias sociales en el desarrollo, lo que ejerce el medio ambiente social y cultural sobre el desarrollo del sujeto y la influencia de la interacción social que el sujeto tiene con sus semejantes.

Afirma que todo proceso cognitivo posee una génesis social. Que en la cultura hay mediadores, herramientas y signos

(productos culturales) que al ser transferidos por la interacción social e internalizados por el sujeto, le dan la posibilidad de entrar al mundo de la cultura (fuente de hipótesis acerca de las posibilidades del ser humano cuando su entorno social es estimulante)

El aprendizaje es considerado un proceso de internalización de la cultura.

Introduce el término de “zona de desarrollo próximo” como la distancia entre la zona de desarrollo real (en que el sujeto resuelve en forma independiente) y la zona de desarrollo potencial (en donde necesita la guía del adulto).

Dado que es en las interacciones sociales en donde el aprendizaje es tanto un proceso social como individual, este aprendizaje o cambio se construye donde tanto lo individual como lo social están completamente interrelacionados

Desde esta mirada, cada uno ha construido y sigue construyendo sus propios esquemas de interacción de la realidad y, en concreto, está desarrollando redes de intercambio de significados peculiares en el espacio y tiempo donde vive y evoluciona.

Por ello, la enseñanza no puede concebirse como una mera aplicación de normas, técnicas y recetas preestablecidas, sino como un espacio de vivencias compartidas de búsqueda de significados, de producción de conocimientos.

La psicología de Vygotsky se apoya en tres conceptos básicos

1. **Mediación:** aquí considera dos tipos de mediación, la mediación instrumental (considerando instrumentos psicológicos a aquellos objetos cuyo uso sirve para ordenar externamente la información, de modo que el sujeto pueda escapar del aquí y ahora y usar su inteligencia, memoria, en una “situación de situaciones”, una “representación” de los estímulos que podemos operar cuando queremos tenerlo en nuestra mente) y la mediación social (mediación

instrumental interpersonal entre dos o más personas que cooperan en una actividad conjunta)

2. **Proceso de interiorización:** en el que se forma un plano de conciencia ya que, los procesos externos son transformados para crear procesos internos.
3. **Actividad:** como ya sabemos, para él el aprendizaje significativo, se funda en la actividad social, en la experiencia externa compartida, en la acción como algo inseparable de la representación y viceversa. La actividad práctica socio-instrumental se convierte en eje explicativo de la naturaleza humana y en mecanismo central de la construcción cultural y social.

DAVID AUSUBEL

Seguramente, lo más novedoso de este autor, es el modelo de aprendizaje significativo, que pone el acento en los procesos de reestructuración que se producen como consecuencia de la interacción entre las estructuras que posee el sujeto y la nueva información. Cuando un sujeto que aprende integra un nuevo conocimiento a su estructura cognitiva, estableciendo las conexiones necesarias con los conocimientos previos, este aprendizaje adquiere significación.

Para que un aprendizaje sea significativo, se deben dar las siguientes condiciones:

1. Los nuevos materiales que van a ser aprendidos deben ser potencialmente significativos, poder ser relacionados con las ideas relevantes que posea el sujeto.
2. La estructura cognitiva previas del sujeto debe poseer las necesarias ideas relevantes para que puedan ser relacionadas con los nuevos conocimientos.
3. El sujeto debe manifestar una disposición significativa hacia el aprendizaje (participación, atención y motivación)

“En síntesis, aprender significativamente supone la posibilidad de atribuir significación a lo que se debe aprender a partir de lo que ya se conoce. Este proceso desemboca en la realización de aprendizajes que pueden ser efectivamente integrados en la estructura cognitiva de la persona que aprende, con lo que se asegura su memorización comprensiva y su funcionalidad” (Coll, Cesar. Psicología y Currículum. Editorial Paidós, 1991).

El proceso de asimilación cognitiva, característico del aprendizaje significativo, puede realizarse de tres formas distintas:

A – Aprendizaje subordinado o subsunción: Se produce cuando las nuevas ideas son relacionadas subordinadamente con ideas o conceptos previos de superior nivel, llamadas inclusoras.

B – Aprendizaje supraordenado: Se produce cuando el sujeto integra conceptos ya aprendidos anteriormente dentro de un nuevo concepto integrador mas amplio e inclusivo,

C – Aprendizaje combinatorio: Los nuevos conceptos pueden relacionarse de una forma general con la estructura cognoscitiva del sujeto.

* Lic. Pedagogía Social otorgado por la USAL, año de Egreso 2005. Profesora para la enseñanza primaria R M 3109/7; otorgado por instituto Ramallo B-16. Maestra de Grado en Escuela Ramallo. DIPREGEP 1847

Integrante de la Red Nacional de Centros de Estudios Locales. Coordinadora Provincial del Programa de Prevención en Áreas Educativas. Subsecretaría de Atención a las Adicciones. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

¿Cuándo empieza la juventud?

*Lic. Kurt Rojas

Introducción:

El presente trabajo tiene la pretenciosa idea de, en apretada síntesis, comenzar a recorrer lo que para nosotros es la emergencia social de la juventud, como instancia renovadora del campo socio-cultural, ideal donde es colocada por los integrantes del espacio adulto, tal cual lo expresa la representación de "juventud blanca" que harían aquello que sus padres no pudieron hacer. (Braslavsky) Sin ánimo de descuidar los diversos afluentes de los cuales se compone el caudaloso "mar" de esta etapa vital que finaliza con el pleno ingreso en el mundo adulto, tratando de superar la conceptualización por franja etárea.

Teniendo en cuenta además de las demarcatorias sociales clásicas: exogamia de la familia de origen y la independencia económica, otras más amplias e integradoras como la diferenciación social, las distintas clases y segmentos sociales, el capital social, el micro y macro contexto.

Cabe tener en cuenta la valiosa aclaración que hace Cecilia Braslavsky (citada por Margulis M. "La Juventud más que una palabra" Ed. Biblos) "El mito de la juventud homogénea consiste en identificar a todos los jóvenes con algunos de ellos", resultando por tanto más conveniente hablar de "juventudes" aunque la práctica cotidiana esté impregnada de lecturas como la que critica Braslavsky.

Nuestra experiencia de trabajo sumada al ejercicio de su estudio, nos convence cada vez más de que no siempre la juventud estu-

vo ahí, tuvo que ganarse ese espacio en el marco socio-cultural, no siempre se quiso que esté ahí movilizándolo, sacudiendo, despertando y alertando a todo el abanico social. Pensamos, creemos y sostenemos que hoy está, pero no está esperando seguir siendo futuro, pide presente a gritos, pide respeto y oportunidades por parte del "mundo adulto", quiere ser en el mundo.

Década del '50

El inicio del concepto de juventud considerado como grupo social con pautas de comportamiento propios recién comienza a definirse con la ampliación del acceso a las universidades, particularmente de los jóvenes de raza negra y, en algunos países, de la mujer, y el comienzo de la lucha por los derechos civiles, en estos años se despliegan varios movimientos de "verdadera" cultura juvenil.

Es recordada la lucha que librara Martin Luther King por mediados de esta década cuando a poco de llegar como pastor a una iglesia en Montgomery, Alabama, organizó y dirigió un masivo boicot de casi un año contra la segregación en los autobuses municipales.

Hasta entonces la juventud es vista como una etapa de la vida dedicada a la *moratoria social* (etapa necesaria para que el joven se desarrolle como tal antes de ingresar al mundo adulto) previa entrada al mundo adulto caracterizada a su vez por el ingreso en el mercado de trabajo y la formación de una familia propia, concepto complementario al más recientemente enunciado de *moratoria vital*, o más románticamente dicho la noción de "queda hilo en el carretel", se identifica con esa sensación de inmortalidad tan propia de los jóvenes.

Esa sensación, esta manera de encontrarse en el mundo se asocia a la temeridad de algunos actos gratuitos, conductas autodestructivas que juegan con la salud (que se vive como inagotable) la audacia y el arrojo en los desafíos, la recurrente exposición a accidentes, excesos y sobredosis.

- “ Caracterizan a este momento los movimientos universitarios y religiosos.
- “ La politización de la juventud se acentuó con la creación en 1952, de la UES (Unión de Estudiantes Secundarios), institución que tenía como fin organizar actividades deportivas para los estudiantes secundarios fuera del horario de clase; esta institución fue otro factor irritativo en las relaciones con la iglesia católica porque rivalizaba con sus organizaciones juveniles de la Acción Católica

Década del 60´

A fines de la década del 60 la juventud argentina tuvo un fuerte compromiso político, en un mundo caracterizado por la polarización de las ideologías: capitalismo – comunismo. Un mundo que se abría a la revolución sexual y donde la información y la imagen comenzaban a cobrar un incipiente protagonismo. Si uno tuviera que elegir una frase que enmarcara esta época sería “cuestionar y crear”.

Continúa la militancia pacifista por los derechos civiles de M.L. King quién recibe en 1964 el Premio Nóbel de La Paz.

En el verano de 1963, su lucha alcanzó uno de sus momentos culminantes cuando encabezó una gigantesca marcha sobre Washington, en la que participaron unas doscientas cincuenta mil personas, ante las cuales pronunció uno de sus más bellos discursos por la paz y la igualdad entre los seres humanos. Él y otros representantes de organizaciones antirracistas fueron recibidos por el presidente Kennedy, quien se comprometió a agilizar su política contra el segregacionismo en las escuelas y en la cuestión del desempleo, que afectaba de modo especial a la comunidad negra.

“Nuestra generación no se habrá lamentado tanto de los crímenes de los perversos, como del estremecedor silencio de los bondadosos” **M.L.K.**

- “ Trascendencia social – movimientos pacifistas –movimientos nacionalistas contrarios a la integración- anti sistema – anti racismo.
- “ Como modelos de cada visión del mundo aparecen JFK (el joven dorado) y Fidel Castro (lucha contra el sistema).

Década del 70

Reafirmación de la ideología y la acción, entendiendo como ideología al sistema de ideas, creencias, compromisos fundamentales o valores sobre la realidad social que podemos entender como una determinada cosmovisión o comprensión del mundo.

Al finalizar la década del 60 se produjeron en el mundo una serie de fenómenos en los que irrumpió el protagonismo juvenil en la escena política.

La primavera de Praga, el Mayo Francés, influyeron en los jóvenes de la misma forma en que poco tiempo atrás lo habían hecho el movimiento hippie y el festival de Woodstock. Surgen entonces modelos políticos que se identifican con las grandes revoluciones y las luchas de liberaciones del Tercer Mundo: Mao, la Revolución Cubana con las figuras emblemáticas de Fidel Castro y el Che Guevara, la guerrilla latinoamericana y la resistencia del pueblo vietnamita: M. Pellegrini en su libro *“La imaginación al poder”* nos hace una clara referencia a ese momento histórico *“...los días rabiosos de mayo desencadenados en París por la protesta estudiantil, reflejaron el papel que en la nuevas luchas jugaba la juventud como precipitante de la transformación revolucionaria. Eran las potencias del gran rechazo que habían ganado las calles de París, Berlín, Madrid, Río, Montevideo, Córdoba y México, constituyen esa efervescencia incontrolable por el orden establecido”*. En la Argentina, la juventud de los años 70 “descubre” a la clase obrera, se constituyen los movimientos de base, identificados con el peronismo y el tercer mundismo – sobre todo a través de la

iglesia católica- y surge el compromiso social de la juventud. En este momento, empiezan a irrumpir dentro de los partidos políticos, nucleamientos juveniles que giran en torno a conquistas que le son propias, como la universidad o que se suman a la resistencia peronista por el retorno de Perón del exilio al que había sido confinado por la dictadura de 1955, o que inauguran por primera vez la coalición estudiantes obreros, dando su primer fruto en el Cordobazo.

Los jóvenes adhieren a la política en forma masiva, pero por fuera de las estructuras tradicionales como por ejemplo la afiliación. Como no se había visto nunca antes ni se vería después la movilización juvenil trasciende a sus referentes y a los mismos partidos políticos e irrumpe en las calles. Construyendo por primera vez un compromiso con la clase trabajadora las agrupaciones juveniles despliegan una capacidad de movilización tal que adquiere una enorme gravitación en las decisiones políticas.

La última dictadura militar, el tristemente celebre "*proceso de reorganización nacional*", que asoló a la Argentina entre 1976 y 1983 vuelve a hacer de los jóvenes el blanco predilecto de una despiadada persecución para poder llevar a cabo su proyecto de aniquilación. Los dictadores acallan a los jóvenes quienes como nunca antes se habían convertido en protagonistas de su propia historia, no sólo desde las agrupaciones políticas sino también desde la solidaridad de las grupos de base de numerosas organizaciones.

Las persecuciones constituyeron un plan perfectamente orquestado, incluso mas allá de las fronteras argentinas. Los resultados han pasado a la historia: matanzas, desapariciones, torturas y asesinatos acabaron con gran parte de una generación y dejaron marcas imborrables en los jóvenes de las siguientes: la famosa frase del "no te metas" parece haber calado hondo en la conciencia colectiva de los jóvenes argentinos.

Los últimos coletazos de la dictadura, sumarían a los 30.000 desaparecidos y los exiliados, miles de vidas en una guerra desigual por la recuperación de las Islas Malvinas.

Década del 80

La democracia trae aparejado en 1983, un renacer de la participación juvenil en los espacios políticos. Las campañas políticas en lo concerniente a los jóvenes se destinaron a clarificar cuales eran los documentos y las formas de ejercer el voto dada la inexperiencia de los mismos en esa materia, además las plataformas reivindicaban el espacio de la cultura como el lugar natural de los jóvenes

Sin embargo ese renacer no tiene continuidad y la participación de los jóvenes decae junto con el aumento de la apatía política y la pérdida de legitimidad, que en el imaginario colectivo, se produce al finalizar la década.

Las manifestaciones más claras se observan en la pérdida de interés social, en la militancia política, los valores de sus padres, la familia tradicional, la escuela o un mundo distinto. Cabe destacar como hito en este proceso la caída del muro de Berlín. En el cual muchos quieren ver la "caída" de las ideologías o el triunfo del capitalismo, y el inicio del proceso de globalización. Otros pensamos en el inicio de globalizadores y globalizados, y el fin del pensamiento universalista donde la idea madre radicaba en la justicia social y en el concepto más amplio de equidad.

Década del 90

Sociedad de consumo, aumento del interés individual, cultura de la imagen.

Prototipo o modelos: joven delgado, hermoso, con cuerpos cuidados y saludables, vestidos a la moda y con alto dominio de nuevas tecnologías. Jóvenes y adolescentes "obligados" a comprar aquellos elementos que permiten alcanzar y mantener, mágicamente, las exigencias de esa imagen idealizada. Como contracara, frustraciones o exigencias desmedidas en el afán de alcanzar la imagen, el status o la figura propuesta por el modelo. Adquiere identidad a partir de una relación exitosa con los bienes

ofrecidos por el mercado. Cualquier referencia a preguntas de corte social o político, o que vayan mas allá de la individualidad esta ausente.

La incesante incorporación de modelos liberales económicos, educativos, sanitarios y sociales, tomando como banco de prueba a países o regiones por entero.

Año 2000 - en la actualidad

Vulnerabilidad- Peligrosidad: el aumento de la incertidumbre.

Aquí podríamos plantear algunas diferencias y similitudes por género y nivel socioeconómico, podríamos pensar en los jóvenes desinteresados como aquellos pertenecientes a las clases medias y los jóvenes peligrosos, donde estarían aquellos que pertenecen a las clases sociales mas desfavorecidas.

“Los jóvenes del desinterés” son aquellos que por diferentes razones no tienen un lugar cómodo o en ocasiones, simplemente, no tienen lugar dentro del presente de la sociedad y hacia el futuro. Aquí hay dos vías de construcción la que ubica a los jóvenes en la apatía y la que los sitúa en la condición de vulnerabilidad así, desde el discurso adulto, son propensos a “malas compañías”, “malos hábitos”.

Por el contrario estos jóvenes manifiestan interesarse con cuestiones como la lealtad con sus amigos, sus códigos y ciertas expresiones artísticas. El interés personal no es vivido como lo opuesto a la solidaridad.

Muchos jóvenes viven en contextos familiares y socioeconómicos desfavorables: sufren grandes presiones para obtener un ingreso que sirva para el sustento familiar.

- En el caso de las mujeres es frecuente que se las haga cargo del cuidado de sus hermanos y familiares adultos mayores a tiempo completo o que afronten una maternidad precoz
- Tienen un acceso restringido a instituciones educativas, ya sea

por la localización geográfica o por la imposibilidad de invertir tiempo en su formación personal, cuando pueden acceder a los servicios educativos, estos suelen ser de menor calidad que la calidad promedio.

- Son expulsados del sistema educativo formal antes de haber consolidado las habilidades básicas o se los margina dentro del mismo sistema por permanecer en el, sin lograr adquirir conocimientos o habilidades a causa de las carencias de su propio contexto general.
- Además cuentan con escaso capital social y cultural acumulado, sin un círculo de relaciones estables que los contengan.
- En el mejor de los casos acceden a los peores segmentos del mercado laboral, sin posibilidad de trascender en el entorno sociocultural en el que viven.
- Todo esto redundando en escasas expectativas de desarrollo horizontal -búsqueda de estabilidad y medios de subsistencia para la supervivencia inmediata- y casi nulas expectativas de crecimiento vertical o proyección según inclinaciones y preferencias reales propias.

Como producto de estas situaciones, son jóvenes inmersos en la marginalidad que desarrollan una visión realista de sus límites y de los condicionamientos, visión que los lleva a una falta de proyección y a la imposibilidad de pensar en invertir en si mismos y en metas a largo plazo. Estos jóvenes están limitados en sus capacidades intelectuales, ya por desventajas estructurales, ya por falta de estímulo, de refuerzo y de contextualización de los conocimientos adquiridos. Sufren a si mismo una gran presión por el aumento de las responsabilidades lo que redundando en la imposibilidad de emancipación real.

Si bien nos hemos detenidos en la situación de vulnerabilidad mas extendida, la marginalidad socioeconómica, no podemos dejar de mencionar otras situaciones, como la inseguridad ciudadana, diversas adicciones, disolución del vinculo familiar, diferentes

discapacidades tanto física como psíquicas y falta de contención por parte de los adultos, situaciones que exceden la visión por sector socioeconómico y nos obligan a pensar en el aumento de enfermedades y muertes juveniles y en lo relativo a enfermedades psiquiátricas entre las que podemos mencionar la desconexión con la realidad, psicosis, conductas autoagresivas, suicidio adolescente, etc.

“Los jóvenes peligrosos”

Son los jóvenes de los cuales *“no sólo ya nada puede esperarse, sino que además hacen peligrar lo que nuestra sociedad a valorado como necesario de ser conservado: la vida, la coexistencia pacífica, el orden y la propiedad privada”*.

“Sin dudas” estos jóvenes pertenecen a sectores excluidos de “la sociedad” que no sólo no han tenido acceso a la ciudadanía sino que, en muchos casos, son hijos de una o dos generaciones de no ciudadanos, se los “sataniza” como los pibes chorros o las maras juveniles cuya identidad se afirma y reafirma por cierta propensión a la violencia y el delito, se les teme porque se asume que están por fuera de toda regulación social, nadie puede poner un límite, controlar lo “salvaje”.

Esta construcción de unos jóvenes violentos ligados al delito, ubicados como los jóvenes excluidos encubre la complejidad del origen social de la violencia urbana y les adjudica la plena responsabilidad de la misma a ellos. En la misma línea de criminalización de los jóvenes pobres es que se incorporan la criminalización de la protesta social de los sectores excluidos integrada esencialmente por jóvenes.

Podríamos decir que en líneas generales hay dos grandes vías de lectura de la asociación jóvenes / peligrosidad:

Una es aquella que la asume como verdadera que los jóvenes tanto de sectores medio o alto como de los propios jóvenes de

sectores excluidos reproducen como discurso dominante.

La otra línea de lectura es la que transforma el estigma de ser peligroso, "estar perdido" en emblema de identidad al grito de guerra "*aguante el pibe chorro*" moldean la condición de la identidad deteriorada y la transforman en plataforma desde la cual enfrentar un contexto cada día mas adverso.

Particularmente con esta lectura del posicionamiento social que se da a algunos jóvenes uno tendría el reparo de plantear la peligrosidad desde una cerrada y unilateral visión, porque creo que nadie es peligroso para sus semejantes si antes no fue vulnerable o vulnerado.

Los jóvenes canalizan en el barrio necesidades afectivas, sentimientos de pertenencia y referentes de poder. Los barrios sustituyen la función que correspondería a diversas instituciones sociales, proporciona satisfactores que la sociedad debería de dar a los jóvenes tales como seguridad, espacios de interacción, sexualidad entre otros.

En síntesis, nuestros jóvenes en la sociedad técnica post-social actual tienen déficit de ternura, encuentros, de permanencia de relaciones, son no escuchados, su existencia transcurre en la ausencia de personajes significativos.

Nos toca particularmente a nosotros entender y hacer entender al conjunto social, que el trabajo que comúnmente se denomina prevención no es mas ni menos que la protección y restitución de los derechos de la gente, de los cuales el derecho madre es el de vivir en comunidad.

*Licenciado en Psicología (UAI). Año 2002. Técnico en Prevención de la Drogodependencia (Univ. del Salvador) Año 1995. 2do. Año de la Maestría en Sistemas de Salud y Seguridad Social- Inst. Univ. ISALUD. Año 2006. Director Provincial de la Subsecretaría de Atención a las Adicciones. Coordinador Área de Intervención Comunitaria Año 2003 / 2007. Asesor de la Vicepresidenta 1ra. De la Comisión de Prevención de las Adicciones y control del Narcotráfico H.C. de Diputados de la Nación Dra. Silvia Martínez (PJ). Año 2000 – 2004. Secretario de la 10ma. Reunión de Comisiones del Parlamento Latinoamericano, Buenos Aires. Noviembre de 2003.

Bibliografía:

Décadas del 50, 60, 70 y 80: "Proponer y Dialogar" Guía para el trabajo con adolescentes y jóvenes- 1999. Publicación de **UNICEF**.

Décadas del 90 y 00: "Apología, reflejo, industria, identidad"- **Luis Straccia**; "Los jóvenes y las Industrias Culturales"- **Florencia Saintout** – Abordajes N 2 mayo de 2005. Publicación de Subsecretaría de Atención a las Adicciones.

"La Juventud mas que una palabra" Margulis Mario y Marcelo Urresti. Ed. Biblos

Manual de Capacitación del Pro.Fe.Mi.So: **OPS Patricia Davis, Lic. Kurt Rojas**. 1998. Publicación del Ministerio del Interior de la Nación.

CUARTA PARTE

Aspectos Clínicos del Abuso de Drogas

**Dra. Ana M. Girardelli*

Toda sustancia química, natural o sintética, ingresada al organismo produce uno o más efectos dependientes de su toxicidad intrínseca. Las manifestaciones clínicas derivadas de estos efectos varían con la dosis, forma y tiempo de exposición.

Las drogas de abuso no son ajenas a este principio general de la Toxicología.

Es así que cada droga se manifiesta a través de una asociación sintomática que le es propia con características específicas según las condiciones de consumo.

Las manifestaciones “buscadas” por los consumidores constituyen un cuadro de intoxicación que raras veces determina intervención médica. Se establece una situación diferente cuando el paciente presenta los efectos de una sobredosis, padece deterioro multiorgánico por consumo crónico o sufre descompensación grave por abstinencia.

Las características de estos cuadros dependen de la droga utilizada y la intensidad de la sintomatología de la dosis habitual, de la tolerancia desarrollada y del estado físico y mental del individuo. Es habitual que el ingreso de estos pacientes se deba a politraumatismos o heridas ocasionadas por accidentes o situaciones de violencia inducidas por su estado de intoxicación.

Los pacientes con antecedentes ciertos o presunción de abuso de drogas, deben ser tratados en unidades asistenciales donde un equipo multidisciplinario determinará el diagnóstico, establecerá métodos para su confirmación, evaluará las condiciones de comorbilidad y decidirá el plan de tratamiento, así como el lugar

donde se llevará a cabo según las características del afectado.

En estas consultas, más allá del cortejo sintomático independiente del control del paciente, se comprueba un comportamiento deliberado en el que se expresan exigencias, súplicas, quejas y agresiones. El equipo de salud debe estar preparado para reconocer esta situación y evitar la manipulación que tratará de ejercer el paciente.

El consumidor de drogas, generalmente, padece un cuadro derivado de la sustancia que consume, o una enfermedad asociada al deterioro conductual propio del hábito de consumir (SIDA, hepatitis, piodermatitis, desnutrición, etc.), pero también puede ser afectado por noxas ajenas a su patología adictiva.

Situaciones especiales

Primera experiencia. Son los casos en que uno o más adolescentes, por curiosidad deciden experimentar una droga cualquiera, sin la presencia de un iniciador.

El desconocimiento de las dosis o errores en la forma de administración, conducen a cuadros graves de sobredosis (cocaína, simpaticomiméticos). Más frecuentemente, sin saber reconocer hasta que punto están afectados (percepción, equilibrio) adoptan conductas riesgosas para si y para terceros (conducir automóviles, juegos en altura, etc.).

Fenómenos paradójales. Son fenómenos no esperados, independientes de los efectos habituales y de la dosis consumida. Se observan en los fumadores de marihuana y LSD.

Sustitución. Ante la imposibilidad de adquirir la droga habitual, los adolescentes deliberadamente "prueban" otros medicamentos o se arriesgan con preparaciones caseras, conocidas a través de amigos o series televisivas. Entre las sustituciones más frecuentes se observan la ingesta de neurolépticos, infusión o cocimiento de Floripondio (alcaloides simpaticomiméticos)) y Nuez moscada triturada (Miristicina)

Contaminación - Adulteración. Habitualmente la cocaína

es "cortada", mezclada con sustancias inertes o que favorecen su absorción (talco, ácido acetilsalicílico, bicarbonato de sodio), con el objeto de ampliar el volumen a fraccionar. Con fines criminales se ha utilizado vidrio molido, antiarrítmicos y aún estircina con las correspondientes consecuencias.

Por producirse en laboratorios clandestinos, las tabletas de "éxtasis" configuran gran riesgo por combinaciones de drogas o diferencias de concentración.

Recién nacido de madre consumidora. El recién nacido presentará intoxicación aguda cuando el consumo fue cercano al parto, o bien síndrome de abstinencia horas después, cuando la madre ha consumido durante todo el embarazo.

Clasificación

Las drogas de abuso pueden ser clasificadas por su origen (naturales y sintéticas), por su estructura química, por el sistema diana donde ejercen su acción. Sin embargo es la clasificación en base a su efecto fundamental la que proporciona una mejor correlación con las manifestaciones clínicas y una orientación sobre el consumidor

Así, reunimos las drogas en tres grupos depresoras, estimulantes y alucinógenas.

Drogas Depresoras

- Alcohol etílico
- Benzodiazepinas
- Opiáceos
- Sustancias volátiles - Inhalantes

Drogas Estimulantes

- Cocaína
- Anfetaminas
- Metanfetaminas
- Xantinas
- Nicotina

Drogas Alucinógenas

Marihuana

LSD

Psilocibina

Escopolamina - Atropina

Síndromes Clínicos

Alcohol Etílico

Es la droga de abuso de mayor consumo en el país y la que provoca mayor número de ingresos hospitalarios.

Intoxicación aguda: Luego de la primer etapa de euforia, distimia y verborragia se observa enrojecimiento facial, inyección conjuntival, vómitos, ataxia, somnolencia, alteraciones sensoriales, nistagmus, diplopía, miosis, hipotermia, hipoglucemia, convulsiones, coma. Alteraciones cognitivas y conductuales como agresividad, impulsividad, obstinación, deterioro de la atención, juicio alterado, etc. colaboran en el diagnóstico.

El conjunto de trastornos originados por la ingesta crónica de etanol, Alcoholismo, es un proceso patológico multisistémico de evolución progresiva. Algunas entidades clínicas frecuentes incluyen:

Polineuropatía:

Por acción directa del alcohol agravada por déficit nutricional (Tiamina y Piridoxina). Disminución de fuerza muscular y parestesias dolorosas de comienzo insidioso que afecta fundamentalmente miembros inferiores.

Miopatía:

Reducción de masa muscular más notoria a nivel de cintura braquial y pelviana con impotencia distal consecuente.

Cardiopatía:

Miocarditis alcohólica subaguda que progresa a insuficiencia cardíaca.

Beri-beri cardíaco de orden nutricional por carencia de Vitamina B₁ (Tiamina)

Trastornos de Sistema Digestivo:

Gastritis, gastritis hemorrágica y úlcera gastroduodenal.

Pancreatitis crónica

Hepatopatía alcohólica: Esteatosis hepática (Hígado graso) - Cirrosis

La ingesta excesiva de alcohol en un paciente con alcoholismo crónico puede ocasionar hepatitis tóxica aguda. Proceso de gran variabilidad en la intensidad de las manifestaciones. Puede cursar solo con hepatomegalia dolorosa y elevación moderada de las enzimas hepáticas, o bien presentar vómitos, dolor abdominal, ictericia y laboratorio típico. Las formas en que predomina la necrosis celular derivan a insuficiencia hepática grave con trastornos de la coagulación y encefalopatía. Pancreatitis aguda: Menor incidencia. Puede presentarse en forma aislada o conjuntamente con la anterior.

Otras manifestaciones incluyen trastornos neuropsiquiátricos, metabólicos, nutricionales, etc. y su relación con cáncer esofágico y hepático.

El Síndrome de Abstinencia puede comprometer la vida del paciente cuando el hábito alcohólico ha sido prolongado o existen antecedentes de comorbilidad orgánica asociada.

El descenso rápido de los niveles habituales de alcohol en sangre se manifiesta por temblor distal en las manos, ansiedad, insomnio, náuseas, vómitos, taquicardia, sudoración, hipertensión arterial, calambres, hiperreflexia, ilusiones o alucinaciones, depresión o agitación. Ocasionalmente convulsiones. Puede progresar a alucinosis alcohólica o *delirium tremens*.

El *delirium tremens* constituye una urgencia médica. El paciente presenta estado confusional con obnubilación de la conciencia y trastornos sensorio-perceptivos, especialmente alucinaciones visuales y táctiles de contenido siniestro (microzoopsias). Esta situación favorece la aparición de agitación motora y conducta agresiva. Cursa con fiebre, sudoración profusa, hipertensión, taquicardia producto de hiperactividad del sistema nervioso autónomo. La mortalidad se estima entre el 10% y el 20% por trastornos hidroelectrolíticos graves o hiperpírexia.

En el recién nacido de madre alcohólica los síntomas de abstinencia son: irritabilidad, chupeteo compulsivo de los puños, llanto. Es infrecuente la presentación de convulsiones.

Benzodiazepinas (BZD)

Su difusión se debe al gran potencial ansiolítico con bajo efecto sobre la función cognoscitiva y la vigilia a dosis terapéuticas.

La toxicidad es un aumento de los efectos propios de la droga, en manifestaciones clínicas alarmantes pero la profundización y prolongación de los efectos residuales coloca al sujeto en estado de incapacidad psicomotriz, frecuentemente subestimada, para tareas de precisión o que dependan de la actividad refleja (conducción de vehículos, trabajos en altura, etc).

El Síndrome de abstinencia se presenta en cualquier paciente que recibe por varios meses dosis diarias medias o altas de benzodiazepinas, luego de la interrupción brusca del fármaco. La intensidad de los síntomas es variable. Frecuentemente, la presentación clínica se reduce a síntomas menores: irritabilidad, anorexia, náuseas, palpitaciones, cefalea, temblor, sudoración, alteraciones del sueño. Una anamnesis prolija revelará intentos fallidos para suprimir el fármaco y empleo de dosis crecientes. Manifestaciones mayores incluyen: estados confusionales, alteraciones de la percepción, delirio y convulsiones.

El recién nacido de madre dependiente a benzodiazepinas, presenta síndrome de abstinencia con hipertonia, irritabilidad, llanto, taquipnea y temblores.

Opiáceos

Son compuestos naturales, sintéticos o semisintéticos derivados del opio.

La intoxicación aguda se manifiesta por euforia, sensación de bienestar, calor, zumbidos de oídos, somnolencia, prurito, miosis, "sensación de picor", hipotonía muscular asociados a alteración de la memoria y la atención, retardo psicomotor y deterioro del juicio.

Dosis mayores a las habituales para el consumidor pueden producir estupor, coma, pupilas puntiformes, depresión respiratoria, hipotensión arterial, cianosis, piel fría y húmeda. Muerte por paro respiratorio o complicaciones: shock, neumonía, edema agudo de pulmón.

En consumidores crónicos es característico el estreñimiento pertinaz, efecto conocido de los opiáceos para el cual no se desarrolla tolerancia. Entre otras consecuencias del abuso crónico se destacan pancreatitis, inhibición de la producción de hormona adrenocorticotropa (ACTH), incremento de hormona antidiurética y prolactina. Trastornos de la erección y eyaculación en varones y amenorrea por afectación hipofisiaria en mujeres. Disminución de la libido en ambos sexos.

El síndrome de abstinencia a opiáceos puede comprometer la vida del paciente. La presentación clínica y potenciales complicaciones dependen de múltiples factores:

- Características constitucionales del individuo
- Condición clínica, patologías orgánicas y psicopatologías asociadas.
- Tiempo de consumo
- Dosis y frecuencia de consumo
- Tipo de compuesto: El momento de presentación después de la última dosis, el período de mayor intensidad y el tiempo de recuperación varían según el compuesto utilizado.

Compuesto	Presentación	Máxima. Intensidad	Recuperación	Características
Morfina o Heroína	8 – 12 hs.	48 – 72 hs.	7 – 10 días	Evolución prolongada
Metadona	24 – 48 hs.	3 días	3 – 6 semanas	Espasmos musculares intensos
Meperidina	3 hs.	8 – 12 hs.	4 – 5 días	Agitación acentuada

Inicialmente se observa lagrimeo, rinorrea, bostezos, sudoración, sueño agitado, midriasis, piloerección, anorexia, inquietud, irritabilidad, temblor. En el período de mayor intensidad, náuseas y vómitos, diarrea, debilidad, taquicardia, hipertensión, escalofríos, rubor, espasmos dolorosos abdominales, dorsales y en miembros inferiores. Eyaculación en el hombre y orgasmo en la mujer. Deshidratación, disminución de peso, hiperglucemia, alteraciones hidroelectrolíticas graves.

El recién nacido de madre dependiente a opiáceos presenta irritabilidad, llanto excesivo de tono agudo, temblores, succión frenética de pechos, movimientos reptantes y de rotación del tronco, combustibles, aerosoles, etc. Son fundamentalmente hidrocarburos aromáticos (tolueno o similares) y freones (fluorocarbonados). El inicio de los síntomas es rápido. En minutos se observa euforia, desinhibición, hiperactividad, alucinaciones visuales y auditivas (tolueno – nafta). Por acción irritante sobre piel y mucosas, es frecuente la presentación de tos, estornudos, náuseas o vómitos y sialorrea.

La prolongación del acto de consumo da lugar a los fenómenos característicos de los depresores centrales: confusión, desorientación, incoordinación, ataxia, disartria, hiporreflexia, seguidos de convulsiones, coma y depresión cardiorrespiratoria.

A este cuadro general se sumarán las manifestaciones propias del compuesto inhalado: Neumonitis química por solventes, arritmias cardíacas por butano, etc.

Los inhaladores crónicos suelen presentar desecación de piel y mucosa perioral y erosiones perinasales que facilitan infecciones locales. Es constante descubrir diferentes niveles de deterioro del sistema nervioso periférico, osteomuscular y hepático.

No se han descrito síndromes de abstinencia física.

Cocaína

Existen diferentes formas de abuso de cocaína. Hojas de coca, pasta base, clorhidrato de cocaína, cocaína base (crack) pueden

considerarse diferentes formas de presentación del principal alcaloide del *Erythroxylon coca*. Cada forma plantea diferencias en la concentración del principio activo, en los compuestos asociados y fundamentalmente, determina la vía de administración.

La vía de administración está directamente vinculada al tiempo de presentación e intensidad del efecto tóxico y más importante aún, se relaciona con el grado de adicción. Las vías de administración que permiten que la sustancia alcance rápidamente una concentración efectiva en SNC favorecen un patrón progresivo de consumo y en consecuencia, el desarrollo rápido de adicción.

Forma de Abuso	Concentración	Vía de administración	Concentración Máxima	Duración del efecto
Hojas de coca	0,5 - 1,5%	Oral (mucosa o ingestión)	60 min	60 min
Pasta base de cocaína	40 - 85%	Respiratoria (Fumada)	8 - 10 seg	5 - 10 min
Clorhidrato de cocaína	12 - 75%	Tópica (Nasal, oral, genital)	10 min	30 - 60 min
		Parenteral	30 - 45 seg	10 - 20 min
Cocaína base (Crack)	30 - 80 %	Respiratoria (Inhalada/fumada)	8 - 10 seg	10 min

El consumo de cocaína provoca estado eufórico, hiperactividad, libido incrementada, disminución del apetito, aumento del rendimiento, insomnio, más otras manifestaciones no deseadas por el consumidor: inquietud, mareos, temblor, midriasis, cefalea, hipertensión arterial, taquicardia, palpitaciones.

En caso de sobredosis se observa agitación, disforia, conducta agresiva, aumento de la temperatura corporal, hiperreflexia, fasciculaciones musculares, dolor precordial, hipertensión marcada, taquiarritmias. En su máxima intensidad se desarrolla excitación psicomotriz, alucinaciones, ideación paranoide, convulsiones

y coma. Muerte por paro cardiorrespiratorio o accidente cerebrovascular.

Circunstancias relacionadas a la dosis, estado de salud previo y en especial, el consumo simultáneo de otras drogas, incrementan la posibilidad de presentar complicaciones. Las más frecuentes y severas se originan por acción tóxica sobre el sistema cardiovascular: fibrilación auricular, fibrilación ventricular (causa más frecuente de muerte por cocaína), infarto de miocardio, rotura aórtica (infrecuente), trombosis venosa. Complicaciones de otros sistemas, también tienen su origen en afectación vascular: accidentes cerebro vasculares (ACV) hemorrágico o isquémico, infartos renales múltiples, alteraciones útero-placentarias, etc.

Entre las complicaciones ajenas al efecto tóxico vascular, merecen citarse las crisis convulsivas y el síndrome de hipertermia maligna.

Los consumidores de pasta base y crack responden clínicamente con el cuadro descrito, pero presentan características especiales relacionadas a la vía de administración. Las alteraciones pulmonares son graves y frecuentes y pueden aparecer neumotórax, hemorragia alveolar difusa, exacerbación de asma y quemaduras térmicas de las vías aéreas.

Entre los efectos crónicos más conocidos se encuentran disminución del olfato, erosión y perforación del tabique nasal cuando la cocaína es inhalada. Las manifestaciones por uso reiterado con mayor repercusión clínica no dependen de la vía de administración.

El cocainómano se presenta como un individuo adelgazado, irritable, inquieto. Sufre insomnio, episodios de ansiedad y depresión, alteraciones cognitivas asociado a deterioro orgánico multisistémico de origen tóxico (Miocardiopatía, daño renal, disfunción sexual, propensión a infecciones). Presenta trastornos neuropsiquiátricos de origen mixto.

El síndrome de abstinencia a cocaína no tiene componentes orgánicos de relevancia clínica, como los observados en la abstinencia alcohólica y opiácea. "Ansia de conseguir la droga", fatiga, astenia, labilidad emocional con irritabilidad y ansiedad,

incoordinación, vértigos, trastornos gastrointestinales, sueño incontrolable, aumento de sueño REM, pesadillas intensas, depresión y angustia.

El recién nacido de madre consumidora puede presentar cianosis, convulsiones focales múltiples, taquicardia intermitente e incremento y disminución de tono muscular en forma coexistente. Accidentes cerebrovasculares ocurridos intraútero pueden determinar daño cerebral permanente.

Metanfetaminas

Comprendidas dentro de las denominadas "drogas de diseño", el compuesto de uso más extendido es la 3,4 - metilendioximetanfetamina (MDMA) reconocida popularmente como "Extasis".

El efecto buscado por los consumidores es la capacidad de esta droga de inducir un estado emocional caracterizado por empatía, sensación de positiva sensualidad y euforia. Esta condición se acompaña de alteraciones perceptivas, sequedad bucal, sudoración, palpitaciones, taquicardia, temblor y parestesias (hormigueos). El efecto adverso más común es el aumento del tono muscular de los músculos de la mandíbula manifestado por trismus y/o bruxismo.

El aumento de la dosis no se corresponde con un incremento de los efectos buscados, sin embargo potencia la probabilidad de sufrir complicaciones orgánicas: hipertensión arterial, arritmias cardíacas, hipertermia, deshidratación, espasticidad muscular, rabdomiolisis (destrucción muscular), insuficiencia renal aguda.

La asociación con otras sustancias, sea debido a tratamientos farmacológicos o drogas de abuso, especialmente alcohol, y los pacientes con cardiopatías previas, comportan un riesgo adicional.

La toxicidad crónica aún está en etapa de investigación, pero los datos preliminares determinan alteraciones neuronales de la estructural y la transmisión neuroquímica que podrían comprometer

ter la integridad del paciente a futuro, aún habiendo cesado el consumo.

No se han descrito cuadros de dependencia física o psicológica, si bien, los estudios experimentales demuestran el desarrollo de tolerancia.

Xantinas

Son alcaloides de origen vegetal, las más difundidas son teofilina y cafeína.

Incrementan el estado de alerta, el rendimiento intelectual y motor y disminuyen la sensación de fatiga. Dosis altas producen nerviosismo, insomnio, temblor fino, taquicardia, aumento de la diuresis y trastornos digestivos. La intoxicación grave se manifiesta por convulsiones y arritmias cardíacas.

El consumo moderado de estos compuestos a través de infusiones, bebidas cola o energizantes raramente provoca cuadros tóxicos. La situación difiere cuando son utilizadas para contrarrestar los efectos depresores del alcohol. El uso simultáneo permite consumir cantidades de alcohol muy superiores a las toleradas derivando en intoxicaciones alcohólicas severas.

Marihuana

El ingreso de estos pacientes a una unidad de emergencia está motivado por el consumo asociado de alcohol o cocaína (siendo éstos los que dominan el cuadro sintomático), o por aparición de reacciones psicopatológicas: delirio, psicosis cannábica, trastornos de ansiedad, etc.

Los efectos agudos son los deseados por el consumidor con relativa repercusión clínica: Euforia, desinhibición, locuacidad, hilaridad, alteración de la percepción del tiempo, los colores y la música, disminución de la coordinación motora, sequedad bucal, sed, taquicardia. Irritación conjuntival que cuando se asocia a disminución de la presión intraocular da lugar a hiperemia conjuntival. En

2 a 3 horas el estado eufórico deja lugar a un ensueño agradable. Los hallazgos de afectación por consumo crónico son frecuentes. La toxicidad intrínseca del cannabis se combina con técnicas de aspiración brusca y profunda produciendo alto impacto en el epitelio respiratorio. Rinosinusitis crónica y bronquitis crónica simple son las más comunes. La acción mutágena del humo del cannabis es superior a la del tabaco configurando mayor riesgo de cáncer de vías aéreas.

Cuadros respiratorios y digestivos inespecíficos pueden tener su origen en contaminación biológica o química propia de un cultivo no controlado. Se han identificado casos de aspergilliosis pulmonar en pacientes sometidos a tratamiento inmunosupreso que fumaron marihuana con fines antieméticos.

La función reproductiva es afectada en ambos sexos. Los varones suelen presentar disminución del número de espermatozoides y las mujeres ciclos anovulatorios.

La abstinencia no configura un cuadro alarmante. Puede presentarse insomnio, inquietud, anorexia, irritabilidad y episodios de comportamiento agresivo.

En los casos donde el consumo fue sostenido durante el embarazo, horas después del parto se presenta irritabilidad, llanto agudo (*catlike*), hiperreflexia, tono muscular normal, temblor, reflejo foto- motor lento.

LSD y compuestos afines

Se clasifican como psicodislépticos por producir alteraciones del pensamiento y del juicio, en relación a percepción distorsionada de la realidad. Constituyen un grupo heterogéneo de sustancias cuyo compuesto más conocido es la lisérgica (Dietilamina del ácido lisérgico – LSD)

La intoxicación aguda se manifiesta por midriasis, hipertensión arterial, taquicardia, sudoración, temblores, ilusiones, alucinaciones, sensación de fragmentación, despersonalización, delirio paranoide (expresión independiente de la dosis), angustia, pánico

co, convulsiones, coma.

Los consumidores crónicos presentan depresión, reacciones psicóticas y fenómeno de Flash Back: El individuo se comporta como si estuviera intoxicado sin haber consumido la droga. El cuadro se acompaña de gran carga de angustia, pues las alteraciones perceptivas se presentan inesperadamente, poniendo en peligro la vida (conducción de vehículos, trabajo en altura, etc.). Se han descrito aumento de la frecuencia de abortos espontáneos en mujeres consumidoras de LSD.No produce síndrome de abstinencia física.

Otros alucinógenos menos difundidos en nuestro medio son:

Psilocibina: Producida por varios géneros de hongos: *Psilocybe*, *Inocybe*, *Stropharia* entre otros. Treinta minutos después de la ingestión se presenta estado confusional, midriasis, taquicardia, alucinaciones, trastornos digestivos. Algunos pacientes manifiestan conducta agresiva, ataques de pánico y convulsiones.

Atropina y escopolamina: Alcaloides presentes en el grupo de solanáceas estimulantes del SNC (*Atropa belladonna* – Belladona, *Datura suaveolens* – Floripondio, etc) y sus análogos sintéticos en productos terapéuticos. Producen mareos, cefalea, rubicundez, mucosas secas, sed intensa, irritabilidad, desorientación, visión borrosa, midriasis, hipertensión, taquicardia, alucinaciones, convulsiones, excitación psicomotriz, coma.

Nicotina

Es la sustancia farmacológicamente activa del tabaco y la responsable de la dependencia tabáquica.

Incrementa la atención y la memoria, mejora el rendimiento motor y sensorial y origina un estado de alerta demostrable por electroencefalograma.

Los riesgos de arteriopatía, neoplasias y enfermedad pulmonar

obstructiva crónica tienen relación directa con la cantidad diaria consumida y el tiempo de duración del hábito.

Síndrome de abstinencia. Ansias de fumar, irritabilidad, aumento de la hostilidad, dificultad para concentrarse, insomnio, aumento del apetito, cefaleas. Disminución de frecuencia cardíaca y tensión arterial. La presentación, intensidad y duración del síndrome tiene una alta variación individual, pudiendo prolongarse por varios meses.

Los niños de madres consumidoras de tabaco durante el embarazo presentan bajo peso, disminución de la talla y mayor probabilidad de trastornos respiratorios que perduran durante su desarrollo.

Ketamina- Fenciclidina (PCP)

Según la dosis actúa como estimulante, depresor o alucinógeno. En nuestro medio han sido utilizadas como drogas de sometimiento.

Clínicamente se observa confusión, hipoestesia, nistagmus, hipertensión arterial, rigidez muscular, (rabdomiolisis-mioglobinuria), catatonía, estado psicótico, convulsiones, coma (con ojos abiertos).

Abstinencia: Temor, temblor, fasciculaciones faciales.

_____*Especialista Jerarquizado en Toxicología- Colegio de Médicos de la Pcia de Bs. As. Experto Universitario en Toxicología - Universidad de Sevilla. España . Jefe del Servicio de Toxicología del Htal. «Sor María Ludovica» de La Plata. Docente de la Cátedra de Medicina Legal, Deontología Médica y Toxicología de la Fac. de Cs. Médicas. UNLP. Directora de Postgrado en Toxicología Clínica. Integrante del Instituto de Investigaciones Pediátricas (IDIP) del H.I.A.E.P. "Sor María Ludovica" de La Plata. Publicaciones: "Aspectos Generales Del Uso Indevido de drogas". Presentado en el Primer Congreso Multidisciplinario de Psicotrópicos. Noviembre 1990. "Criterios de diagnósticos y tratamientos de las intoxicaciones agudas y abstinencia por drogas". Publicado por el Ministerio de Salud de la Pcia. de Bs.As. Abril 1991. "Uso indebido de drogas en la adolescencia". Presentado en la Sociedad Argentina de Pediatría. Filial La Plata. Dic.1993.

Bibliografía

- Aguirre Celis I.A., Arreseygor B., Carmona A., Girardelli A.M., Maggi S.D. *Perfil de la Demanda por Abuso de Drogas*. XXIV Jornadas Interdisciplinarias de Toxicología. Asociación Toxicológica Argentina – Bs. As. 2004
- Friedmann PD, Zhang Z, Hendrickson J, Stein MD, Gerstein DR.: *Effect of primary medical care on addiction and medical severity in substance abuse treatment programs*. J Gen Intern Med. 2003 Jan;18(1):68-9.
- Galanter M., Kleber H.: *Tratamiento de los Trastornos por Abuso de Sustancias*. Ed Masson S.A. – 1997
- Little M, Shah R, Vermeulen MJ, Gorman A, Dzenoletas D, Ray JG. *Adverse perinatal outcomes associated with homelessness and substance use in pregnancy*. CMAJ. 2005 Sep 13;173(6):615-8
- Lorenzo P., Madero J.M., Leza J.C., Lizasoain I.: *Drogodependencias*. Ed. Panamericana – 2ªEd. – 2003
- Lowinson J., Ruiz P., Millman y Langrod J.: *Substance Abuse*. Ed. Williams & Wilkins – 1997
- Moss H., Bonicatto S., Kirisci L., Girardelli A., Murrelle L.: *Substance abuse and associated psychosocial problems among Argentina adolescents: sex heterogeneity and familial transmission*. Drug and Alcohol Dependence 52: 221-230. (1998)
- Musacchio de Zan A., Ortiz Frágola A., *Drogadicción*. Ed.Paidós. 2000
- Ridenour TA, Lanza ST, Donny EC, Clark DB.: *Different lengths of times for progressions in adolescent substance involvement*. Addict Behav. 2006 Jun;31(6):962-83.
- Warner E., Kosten T., O'Connor P.: *Farmacoterapia para el Abuso de Opioides y Cocaína en Clínicas Pediátricas de Norteamérica - Abuso de Alcohol y otras Sustancias* – Ed.McGraw-Hill Interamericana - Vol.4/1997
- Yaffe S., Aranda J.: *Neonatal and Pediatric Pharmacology*. Ed. Lippincott Williams & Wilkins - 2005

Nociones básicas para un aprendizaje racional de la Farmacología

**Dr. Roberto Baistrocchi*

Conceptos Generales

Etimológicamente la palabra fármaco deriva de la palabra Pharmakon que significa veneno (efecto adverso) o remedio (efecto terapéutico). Esta palabra fue acuñada por Paracelso. Él decía que toda sustancia externa al organismo puede ser veneno o puede ser beneficiosa, que todo dependía de la dosis, la vía de administración y la indicación. Desde la antigua Grecia ya se sabe que el fármaco, al menos, no es inocuo. Un fármaco o principio activo es una sustancia química que, aplicada a un organismo vivo, produce un respuesta objetivable, es decir que se puede objetivar, o mejor, que se puede medir.

Los medicamentos son fármacos que además poseen otras características, por ejemplo, que su respuesta medible es aplicable a la terapéutica (tiene efectos beneficiosos para el organismo). No todos los medicamentos son fármacos.

El medicamento debe tener un requisito, una forma farmacéutica, es decir, algo que lo contenga.

La misma puede ser sólida (pastilla, píldora, tableta, cápsulas, etc.), líquida (solución, suspensión, jarabe, etc.) o gaseosa, por ejemplo, el medicamento ADAMOL, posee un fármaco o principio activo que es el Clorhidrato de Tramadol, posee excipientes (sustancias que sirven para aumentar el volumen en las formas farmacéuticas sólidas), por ejemplo en la presentación de cápsulas y vehículo en las presentaciones líquidas.

Conceptos generales de los fármacos

Origen:

Según su origen, los fármacos se agrupan en tres tipos:

Fármacos naturales, los cuales han sido obtenidos directamente de la naturaleza, por ejemplo la morfina.

Fármacos semisintéticos: parte de la molécula procede directamente de la naturaleza y el resto se ha modificado en el laboratorio para mejorar la estructura química de la molécula, por ejemplo la penicilina, no es activa por vía oral pues es destruida por las enzimas y su vida media es corta, pero transformándola en amoxicilina se solucionan estos problemas.

Fármacos sintéticos: son los que se producen íntegramente en el laboratorio lo cual se realiza mediante los rastreos farmacológicos (modificaciones que se van haciendo en el ordenador), por ejemplo las fluoriquinonas y las sulfamidas.

Propiedades fisicoquímicas: La propiedad física más importante es la liposolubilidad (solubilidad en grasas), al aumentarla ésta molécula se podrá absorber más fácilmente, ya que difunden mejor por estructuras lipídicas (grasas), los medicamentos menos liposolubles se dirigen a estructuras menos grasas. La propiedad química más importante es la acidez ya que ésta repercute en el tiempo de absorción; otra propiedad química muy importante es la estructura tridimensional, ya que dependiendo de esta podrá o no unirse a los receptores.

Efecto farmacológico: es la respuesta medible y observable que produce el fármaco, los efectos terapéuticos son los efectos farmacológicos aplicables en clínica (tratamiento de enfermedades), nos permiten deducir las aplicaciones de los fármacos (a un hipertenso le daremos un hipotensor).

Los efectos adversos son los efectos indeseables del medicamento, aparecen incluso a dosis terapéuticas, todos los medicamentos los tienen.

Para poder comprender que ocurre cuando un medicamento se incorpora al organismo, deben conocerse los conceptos de *Farmacocinética* y *Farmacodinamia*, comprendiendo que lo dicho puede resumirse en una relación entre dos, la droga y el organismo. Si esta interacción se ve desde el lado de la droga se estudia la *Farmacodinamia* y si se lo ve desde el organismo, se estudia la *Farmacocinética*.

Farmacocinética

DROGA —————> ORGANISMO

¿Qué hace?

DROGA —————> ORGANISMO

Farmacodinamia

Farmacocinética: Es la parte de la Farmacología que se encarga del paso del medicamento por el organismo, desde el momento en que se pone en contacto con él hasta que desaparece del mismo, estudia qué hace el organismo con la droga y qué caminos recorre la droga cuando entra al organismo. El conjunto de pasos se denomina genéricamente proceso **LADME**, es decir: Liberación.

Absorción.
Distribución.
Metabolismo.
Excreción.

Farmacodinamia: Estudia qué hace la droga con el organismo, es decir, qué cambios produce en el organismo. Estudia el **E**fecto, la **A**cción, el **M**odo y el **M**ecanismo de acción de las drogas.

Contraindicaciones: Se aplican a aquellos pacientes que, por presentar una enfermedad o anomalía, es riesgoso el uso del medicamento por sus efectos y es desaconsejando su utilización. Pueden ser absolutas (bajo ningún concepto debe administrarse) o pueden ser relativas. Para citar un ejemplo, podemos hablar de los corticoides que están contraindicados en la Diabetes porque aumentan la glucemia, y también en el Ulcus gastroduodenal porque son ulcerogénicos, también están contraindicados en el SIDA debido a que son inmunosupresores.

Interacciones: Se producen cuando al administrar un medicamento con otra sustancia el efecto resultante es diferente al efecto que tiene por separado, las interacciones pueden ser negativas o positivas (cuando tienen interés clínico). Estas interacciones pueden ser entre un medicamento y otro, entre un medicamento y alimentos o entre medicamentos y drogas (nicotina, alcohol, etc.).

Terapéutica: Deriva de la palabra griega Therapeia que significa remedio, curación. Es el conjunto de remedios que se utilizan para paliar y curar la enfermedad:

Medicamentos: *Terapéutica* Medicamentosa.

Remedios físicos: Radiaciones (radioterapia), masaje, ejercicio, descanso, *Terapéutica radiante*, *Terapéutica Física*.

Alimentos: *Terapéutica* Bromatológica.

Psicología: Psicoterapia.

Nomenclatura de las drogas

1. Nombre químico: N-acetil-p-amino-fenol.

CH₃-CO-NH- -OH

2. Nombre genérico: Paracetamol (Denominación Común Internacional).

3. Nombre comercial: Gelocatil, Termangil

Forma farmacéutica o forma medicamentosa

Es el contenedor de la droga o principio activo. Un medicamento está formado por el principio

activo, que es el fármaco, y por los excipientes, si es sólida o vehículo si es líquida o gaseosa.

1. Sólidas: De uso interno tenemos las grageas, las cápsulas y los comprimidos, y de uso externo tenemos los polvos, los gránulos, las cremas, los geles y las pomadas en la que los excipientes son más grasos.

2. Líquidas: de uso interno tenemos los jarabes, las gotas y los inyectables, y de uso externos tenemos los colirios, las soluciones antisépticas, los champú, las lociones.

3. Gaseosas: Pueden ser de tres tipos, pulverizaciones (Sólido®Gaseoso), vaporizaciones (Líquido®Gaseoso), inhalaciones (Gas®Gas).

Farmacocinética

Ciclo intraorgánico de los medicamentos

El ciclo intraorgánico de los medicamentos se estudia desde el punto de vista de la droga a través de la farmacocinética atendiendo a los diferentes procesos (LADME).

Para que el fármaco entre al organismo y llegue a la sangre, intervienen dos procesos:

1- Liberación: Consiste en la entrega del principio activo al medio por parte de la forma farmacéutica.

Es importante, ya que variando la forma farmacéutica, puede hacerse que se entregue más cantidad y más rápido el principio activo o no.

2- Absorción: Es el paso del fármaco del exterior a la sangre. Ésta finaliza cuando el fármaco llega a la sangre.

3-Distribución: El fármaco viaja en la sangre recorriendo todo el organismo. Puede hacerlo de dos formas:

LIBRE: viaja solo y éste es el que va a difundir a los tejidos. Se conoce como Droga Libre, Fracción Libre o Droga Activa.

UNIDO A PROTEÍNAS: viaja unido a las proteínas de la sangre (fundamentalmente albúmina).

Se conoce como Droga Unida a Proteínas, Fracción Unida a Proteínas o Droga Inactiva.

4-Metabolismo: Actualmente se lo conoce como Biotransformación (este término es más adecuado para lo que ocurre en este período). En este período, la sustancia es preparada para ser extraída del organismo. El principal órgano metabolizador

es el hígado. Otros órganos importantes son el intestino, el riñón y el pulmón.

5-Excreción: Es la salida de la droga del organismo. Esta salida se puede realizar a través de cualquier emuntorio (órgano, aparato o sistema capacitado para extraer la sustancia del organismo). Son emuntorios, el aparato digestivo, el renal, la piel, la sudoración, la saliva, las lágrimas, etc.

Absorción:

●Tipos de transporte:

●Difusión pasiva: Es el paso del fármaco a través de una barrera biológica por diferencia de

concentraciones, los factores que la facilitan son:

a-Se absorbe la forma no ionizada ($AH \rightleftharpoons A^- + H^+$).

b-. Liposolubilidad.

Es importante conocer, por ejemplo, cuándo se absorbe un ácido (como la aspirina) en el aparato digestivo, para saberlo, se aplica una fórmula, llamada fórmula de Henderson-Hasselbach:

$pK = pH + \log \frac{ANI}{AI}$ (si es un ácido) ANI=Ácido No Ionizado
AI=Ácido Ionizado

$pK = pH + \log \frac{BI}{BNI}$ (si es una base) BNI=Base No Ionizada
BI=Base Ionizada

Es importante tener presente que la fracción que se absorbe, es la No Ionizada. Por lo que si la

forma no ionizada está en mayor concentración, se absorberá más. Los fármacos ácidos se absorben preferentemente en medio ácido. Los fármacos ácidos se absorben mal en medio alcalino.

Con las drogas alcalinas ocurre lo mismo en medio ácido. En el aparato digestivo ocurre algo muy curioso, ya que si bien se cumple todo lo antedicho, aún

así las drogas ácidas se terminan absorbiendo más en el intestino (medio alcalino) que en el estómago (medio ácido). Esto ocurre porque la superficie que ofrece el intestino, en comparación con

el estómago, es infinitamente mayor debido a que el mismo cuenta con un sistema multiplicador (vellosidades y microvellosidades) que hacen que esto ocurra.

● **Transporte activo:** Es el paso del fármaco a través de membranas biológicas contra gradiente de concentraciones por lo que requieren un transportador, este tipo de transporte es muy individualizado (es decir selectivo), pudiendo saturarse lo que ocurre cuando hay muchos fármacos (es un sistema saturable).

Factores que modifican la absorción:

● *Factores relacionados con el tipo de fármaco:*

Liposolubilidad.

● pKa

● Concentración del fármaco (cuanto más fármaco, mayor es la absorción).

● Factores relacionados con el medio:

pH.

● *Factores relacionados con el tejido de absorción:*

El tejido que favorece la absorción, debe cumplir tres condiciones:

● Irrigación (a más irrigación mayor es la absorción).

● Superficie de absorción (a mayor superficie mayor absorción).

● Grosor (Cuanto más fino es el tejido mejor es la absorción).

Vías de administración de los fármacos

Vías naturales: También llamadas indirectas, son las que aprovechan las vías naturales de entrada, ellas son:

● Oral.

● Bucal.

● Rectal.

● Respiratoria.

● Cutánea.

- Conjuntival.
- Genito urinaria.

Vías artificiales o indirectas: consiste en la inyección del medicamento en una cavidad o tejido interno, ellas son:

Vías intravasculares :

- Intravenosa.
- Intraarterial.
- Intracardiaca.
- Vía intramuscular.
- Vía subcutánea.
- Vía intraperitoneal.
- Vía intrapleural.
- Vía intraarticular.
- Vía intraósea.
- Vía intrarraquidea o intratecal.
- Vía intraneural.

Distribución de los fármacos en el organismo

FARMACO

SANGRE

TEJIDOS

La mayoría de los fármacos se transportan unidos a proteínas plasmáticas, cuya unión, teniendo en cuenta la reacción, se caracteriza por:

$F + P \rightleftharpoons FP$ siendo F el fármaco, P la proteína y FP el complejo farmacoprotéico.

- .. Se trata de una reacción en equilibrio.
- .. Se cuantifica por el porcentaje de la fracción ligada (FP) y

la fracción libre (F). Por ejemplo:

El Litio no se fija a proteínas $FP=0\%$.

La cafeína se fija poco a proteínas $FP=35\%$ $F=65\%$

El Diacepam (benzodiazepina utilizada como tratamiento de la ansiedad, como ansiolítico) de fija mucho, así $FP=98\%$ y $F=2\%$.

- .. La unión es reversible.

Características de FP:

- .. No es activo farmacológicamente.
- .. No se distribuye.
- .. No se metaboliza (no se destruye).
- .. No se elimina.
- .. Se considera una sustancia de reserva con acción desintoxicante (que no permite la intoxicación).

Características del Fármaco:

- .. Es activo farmacológicamente.
- .. Se distribuye.
- .. Se metaboliza.
- .. Se elimina.

Este equilibrio puede producir alteraciones clínicas cuando asociamos otro medicamento (F2), cuando compite con F por la ocupación de la proteína, el resultado es una interacción farmacocinética por desplazamiento.

Podemos encontrar dos tipos de proteínas plasmáticas; las que fijan gran cantidad de fármaco, no son selectivas, como por ejemplo la seroalbúmina. El otro tipo son las globulinas (todas menos las gammaglobulinas) caracterizadas por fijar muy pocos fármacos y porque son muy selectivas.

Volumen Aparente de Distribución

El proceso de paso desde el compartimento sanguíneo hasta los tejidos es la distribución la cual se cuantifica mediante un parámetro farmacocinético llamado Volumen Aparente de Distribución. El Volumen Aparente de Distribución es el volumen en que debiera estar disuelta la droga para tener la misma concentración que la que se encuentra en la sangre. Sirve para saber si una droga se queda mucho en la sangre o si se distribuye mucho en los tejidos. Si el volumen es pequeño, indica que la droga quedó atrapada en sangre, por el contrario, si el volumen es grande es por que difundió mucho a los tejidos.

Biotransformación de los fármacos

Conjunto de reacciones bioquímicas mediante las cuales los fármacos ácidos o bases débiles y ligeramente liposolubles se transforman en metabolitos más hidrosolubles y menos difusibles, posiblemente inactivos y más fácilmente eliminables. Existen varias alternativas:

- Que el fármaco se elimine directamente en su forma activa, por lo que no sufre ninguna transformación metabólica, por ejemplo el Litio.
- Que el fármaco se transforme en metabolitos no activos por lo que se inactiva, por ejemplo la acetilcolina por acción de la acetilcolinesterasa (ACE) se transforma en ácido acético y colina.
- Que el fármaco se transforme en metabolitos activos, existen varias posibilidades:
- Que el fármaco tenga el mismo efecto que los metabolitos, por lo que el efecto se prolonga.

●Que el fármaco y el metabolito no tengan el mismo efecto por lo que aparece un nuevo efecto farmacéutico, por ejemplo:

Antipsicótico Antidepresivo

Clozapina Amoxapina.

●Que el fármaco produzca metabolitos tóxicos, por lo que aparece un efecto tóxico, por ejemplo la Talidomida actúa como hipnótico y evita los vómitos en las embarazadas, pero lo que no se observó en animales era el efecto teratogénico (producía malformaciones en el feto) que tenían algunos de sus metabolitos. También uno de los metabolitos del paracetamol produce toxicidad hepática.

●Existen los llamados profármacos (los cuales son inactivos) que cuando se metabolizan dan lugar a metabolitos activos, el principio inmediato no es el fármaco sino el metabolito, por ejemplo:

Lofepamina (fármaco inactivo) Desipramina (metabolito activo).

Reacciones metabólicas.

1. Reacciones de fase I (o no sintéticas): Son la que conllevan una modificación de la estructura, por ejemplo la reducción, la hidrólisis, la oxidación, la descarboxilación (-CO₂) o desmetilación (-CH₃).

2. Reacciones de fase II (o reacciones sintéticas): Aparecen tras

las anteriores, son por ejemplo el acoplamiento del fármaco o del metabolito a sustancias endógenas (ac. Glucurónico, Ac. Acético, Ac. Sulfónico...) reacciones de alquilación (se acoplan metilos, etilos...).

Factores que modifican el metabolismo de los fármacos

Intrínsecos, son los que se refieren al individuo y son los siguientes:

- **Especie:** las diferentes especies tienen diferentes vías metabólicas respecto al hombre (por ejemplo los gatos no disponen de sistemas de glucuronconjugación), pudiendo existir diferencias a dos niveles, cualitativos y cuantitativos.
- **Raza:** Entre las diferentes razas hay diferencias cuantitativas, hay razas que tienen más aumentada una vía metabólica que otra.
- **Sexo:** En general el hombre suele tener un sistema metabólico igual que el de la mujer pero con mayor actividad enzimática y pueden metabolizar más rápidamente los medicamentos, pues los andrógenos son inductores enzimáticos.
- **Situaciones patológicas:** Por ejemplo la insuficiencia hepática, los fármacos que se metabolizan en el hígado se van a metabolizar menos y se pueden acumular en el organismo.
- **Edad:** los niños por inmadurez del sistema metabólico y los ancianos por su ancianidad tienen la capacidad metabólica enlentecida.
- **Polimorfismo genético:** Es la variabilidad interindividual del material genético que condiciona unas diferencias en la capacidad de metabolización de un fármaco por una vía determinada.
- **Situaciones fisiológicas:** las embarazadas tienen mayor

susceptibilidad a los fármacos porque tienen aumentados los niveles de progesterona la cual actúa como inhibidor enzimático.

Fase I: Hidroxilación.
Desmetilación.

Fase II: glucuroconjugación.

Factores extrínsecos, son los que afectan al medicamento, son:

- Inducción enzimática: Es la capacidad de algunos medicamentos de estimular, activar su propio metabolismo y/o el de otros fármacos y sustancias endógenas, pueden ocurrir dos cosas:

- Que induzca la síntesis de proteínas enzimáticas metabolizadoras de su propio metabolismo, la consecuencia de la autoinducción es la tolerancia farmacocinética, que es la necesidad de ir aumentando progresivamente la dosis para obtener el mismo efecto. Como ejemplo tenemos los barbitúricos, los cuales inducen su propio metabolismo.

- Que induzca el metabolismo de otros fármacos lo que da lugar a una interacción medicamentosa por metabolismo.

Inhibición enzimática: Es el proceso opuesto, es la propiedad de algunos fármacos de bloquear ciertos sistemas enzimáticos, son por ejemplo:

- . IACE (inhibidor de la acetil colinesterasa), como la Fisostigmina (fármaco colinérgico).

- .. IBP (inhibidor de la bomba de protones), como el Omeprazol, el cual tiene efecto antisecretor (utilizado para el tratamiento de la úlcera).
- .. IECA (inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina), como el Captopril, que es utilizado para la hipertensión arterial.
- .. IMAO (inhibidor de la monoaminooxidasa), como la Fenelcina, que es un antidepresivo.
- .. IRSs (inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina) Como la Fluoxetina, que es un antidepresivo.

Excreción de los fármacos

Es el paso del fármaco desde los tejidos y la sangre hasta el exterior, el parámetro farmacocinético que cuantifica la eliminación del medicamento es el aclaramiento plasmático, los medicamentos pueden eliminarse por las heces, por la saliva, pero el principal órgano excretor es el riñón.

En el riñón se produce la filtración glomerular, que es el proceso habitual por el que los medicamentos y demás sustancias orgánicas se eliminan. El proceso se produce por difusión pasiva a favor de gradiente de concentraciones y sin gasto de energía, las sustancias de mayor peso molecular no pueden ser filtradas.

En el riñón también se produce la secreción tubular, que es el proceso por el cual los fármacos pasan directamente de la sangre a los túbulos, requiere energía pues va en contra de gradiente y además necesita un transportador.

La reabsorción tubular es el proceso por el cual los fármacos que son filtrados y secretados van a

ser absorbidos de nuevo, es un proceso realizado por difusión pasiva, tiene interés en toxicología pues si una persona se intoxica con un medicamento podemos favorecer la eliminación, inhibiendo la reabsorción tubular, para lo que hay que tener en cuenta es el pH del medio y el pK (ácido-base) del medicamento, reabsorbiéndose la fracción no ionizada (ver en absorción pK). Estos tres procesos están compensados en condiciones normales.

Por vía digestiva se eliminan los fármacos administrados por vía oral y que no han sido absorbidos por el tracto digestivo, también los fármacos secretados por la bilis y que no han sido reabsorbidos. El ciclo enterohepático es la propiedad de algunos fármacos de una vez absorbidos en el intestino son secretados por la bilis y son reabsorbidos de nuevo en el intestino, si el fármaco tiene propiedades antiinflamatorias o antibióticas puede ser válida para las vías biliares.

Algunos medicamentos se eliminan por vía mamaria, lo que tiene interés en las fases de lactancia, se debe saber qué fármacos van a pasar a la leche siendo por tanto recibidos por el niño, ya que lo afecta, pudiendo volverse alérgico, como ejemplos más claros está la cafeína, el alcohol y la penicilina.

Algunos medicamentos pueden ser eliminados por la saliva, de ahí que algunos medicamentos produzcan un gusto amargo en la boca porque una parte del fármaco se elimina por vía salivar.

Interacciones farmacocinéticas.

Las interacciones medicamentosas es una interferencia en el efecto farmacológico como consecuencia de la administración conjunta de dos o más medicamentos, $EA + EB = EA+B$

Clasificación

La mayoría de los medicamentos al utilizarse combinados tienen interacciones, pero no todas las interacciones tienen repercusión clínica.

- Farmacodinámicas, son aquellas interferencias farmacológicas producidas a nivel de la unión del fármaco con su receptor.
- Farmacocinéticas, son aquellas interferencias farmacológicas producidas en los procesos del LADME
- Interacciones fisicoquímicas: Se producen a nivel de la liberación, son interferencias en las que se produce un contacto entre dos fármacos que reaccionan químicamente, por ejemplo la heparina y la protamina, la heparina es un anticoagulante ácido, y la protamina es un polipéptido rico en arginina, y por lo tanto muy básica, cuando se combinan se produce una reacción ácido-base produciéndose una sal neutra inactiva, la protamina así actúa como antídoto de la heparina utilizándose en casos de sobredosificación de heparina.
- Interacciones a nivel de la absorción: Son aquellas interacciones farmacocinéticas de dos o más medicamentos que afectan a la absorción, por ejemplo:
- Excipiente + principio activo (excipiente @ C.S.P. = Cantidad Suficiente Para), las marcas utilizan distintos excipientes, por lo cual puede variar su efecto, aunque use el mismo

principio activo.

- Formación de complejos no absorbibles, por ejemplo las tetraciclinas unidas a hierro, aluminio o calcio, forma complejos que no se absorben, para que no interactúan se deben dar con un tiempo de separación.
- Medicamentos procinéticos, son los que favorecen el vaciamiento gástrico, por lo cual aumentan la rapidez de absorción del medicamento.
- Interacciones por desplazamiento: Son las interacciones farmacocinéticas entre dos o más medicamentos en el cual ambos medicamentos compiten por fijarse en una proteína plasmática. Como ejemplo más característico tenemos los anticoagulantes orales, como el Sintrom, tiene los inconvenientes de tener un margen terapéutico estrecho. Otro de los inconvenientes del Sintrom es que está muy unido a proteínas plasmáticas. Estas dos características motivan que aumente la fracción libre del fármaco y por tanto su toxicidad.
- Interacciones en el metabolismo: Son las interacciones farmacocinéticas de dos o más medicamentos, pueden darse de dos formas:
- Inducción enzimática. Como ejemplos de fármacos inductores tenemos los anticonvulsivos (barbitúricos, idantoínas), antiinfecciosos (rifampicina), anabolizantes hormonales (andrógenos), humo del tabaco, alcohol.

Inhibición enzimática.

- Interacciones en la eliminación: Pueden producirse en la secreción tubular, produciéndose cuando se produce una

competición por el transportador ya que los fármacos utilizan el mismo transportador, por ejemplo el Acidovir y el Probenecid, el acidovir hace que el probenecid no se elimine bien, es decir disminuye la secreción de probenecid, por lo que aumenta su concentración en sangre y por tanto aumenta la vida media del fármaco.

También pueden producirse en la reabsorción tubular, el medicamento en forma no ionizada pasa de nuevo a la sangre, nosotros podemos bloquear la reabsorción en casos de intoxicación para favorecer la eliminación del fármaco, por ejemplo para los medicamentos ácidos como la aspirina o los barbitúricos deberemos alcalinizar la orina con NaHCO_3 o con citrato sódico. En el caso de que sea un medicamento básico como por ejemplo las anfetaminas, deberemos acidificar la orina para favorecer su eliminación con NH_4Cl o con ácido cítrico.

FARMACODINAMIA

Parte de la farmacología que se encarga de estudiar el mecanismo de acción, el modo, la acción y el efecto farmacológico de las drogas.

Acción y Efecto

La acción es el conjunto de procesos bioquímicos que explican la interacción del fármaco con el receptor del tejido sobre el que actúa. Es la capacidad de la droga de modificar una función biológica. Las acciones pueden ser:

- Estimulación
- Inhibición
- Irritación
- De reemplazo
- Quimioantibiótica

Los efectos son las consecuencias objetivables (medibles) de la acción del fármaco.

Mecanismo de acción

Receptor farmacológico

Lugar o estructura macromolecular con zonas quimiorreconocedoras, ubicada en diferentes partes de la célula, a la cual se une el fármaco. Dicha unión puede realizar una acción y como resultado, producir un efecto. Por ejemplo en el SNC nos encontramos con los receptores para noradrenalina NA, para serotonina 5HT o para dopamina DA. En el SNC a nivel del SN simpático tenemos los receptores adrenérgicos a (α_1 , α_2) y b (β_1 , β_2), a nivel del SN parasimpático tenemos los llamados receptores colinérgicos, los M o muscarínicos y los N o nicotínicos.

Afinidad y actividad intrínseca

La afinidad es la propiedad de algunos fármacos de fijarse al receptor, pudiendo o no desatar la actividad.

La actividad intrínseca es la capacidad de activar al receptor, lo que conlleva, por supuesto, tener afinidad hacia él.

Agonista

Son aquellos fármacos que tienen afinidad y actividad intrínseca. Existen tres tipos diferentes:

Agonista total que es el fármaco que tiene actividad intrínseca máxima, es decir 1. Agonista parcial que es aquel fármaco con actividad intrínseca inferior a 1 pero positiva y agonista inverso que es aquel fármaco con actividad intrínseca negativa, es decir que produciendo la acción no produce el efecto.

Antagonista

Son aquellos fármacos con afinidad pero sin actividad intrínseca (igual a 0). No tienen actividad, por lo que impiden que se fije otro que sí tenga actividad.

Eficacia y potencia farmacológica.

La eficacia guarda relación con la capacidad del fármaco para realizar una respuesta y está en función de la intensidad del efecto.

La potencia está en relación con la dosis del fármaco. Un fármaco es más potente que otro cuando alcanza un mismo efecto con menos dosis. La potencia es inversamente proporcional a la dosis.

Por ejemplo, los antiulcerosos, los fármacos antiH₂ (H = receptores histaminérgicos, si los bloqueamos disminuye la secreción gástrica), así: La Famotidina (F2) alcanza un efecto máximo con una dosis de 40 mg, en cambio la Ranitidina alcanza su efecto máximo con una dosis de 300 mg.

Interacciones farmacodinámicas

Son las interferencias que se producen en el efecto de los fármacos a nivel de su mecanismo de acción (a nivel de la interacción del fármaco con su receptor). Podemos clasificarlas como:

Sinérgicas: Son aquellas interacciones que producen un aumento del efecto farmacológico, como consecuencia de la administración de dos fármacos, tiene lugar como consecuencia de la interacción del fármaco con su receptor, las hay de dos tipos:

De adición: Situación en la que el efecto resultante de la administración de dos fármacos que actúan sobre el mismo receptor, es la suma de los efectos por separado, no es propiamente una interferencia.

$E1 + E2$

$E1+2$

De potenciación: El resultado final es muy superior a la suma de los dos efectos por separado.

$EA + EB \llll EA+B$

Por ejemplo el *Estreptococo Aureus* tiene b-lactamasa, es una enzima que rompe la cadena de la amoxicilina, pero si combinamos la amoxicilina con ácido clavulánico, el cual inhibe a la enzima, obtendremos un mayor efecto de la amoxicilina.

● *Antagonismo:* Disminuye el efecto farmacodinámico como consecuencia de la administración de dos fármacos. Tiene lugar como consecuencia de la interacción entre el fármaco y su receptor. Puede ser de dos tipos:

● *Competitivo:* Es aquel en que se da competición por ocupar el receptor, como por ejemplo el flumaceniolo y el Diacepam, el antagonista puede llegar a anular el efecto del agonista, ya que solo hay un receptor (ver ejemplo de la afinidad y la actividad intrínseca).

● *No competitivo:* En este tipo de interacción no podemos anular los efectos, solo que sólo podemos disminuirlos.

EFFECTOS INDESEABLES DE LOS MEDICAMENTOS

Un efecto adverso es un efecto indeseable que aparece a dosis habituales terapéuticas. Depende de la toxicidad intrínseca del medicamento.

Un efecto tóxico aparece cuando se administra el medicamento a dosis supraterapéuticas.

Los efectos indeseables son difíciles de detectar porque a veces es difícil asociar el efecto con un medicamento concreto, y porque es difícil establecer una relación temporal entre el efecto indeseable y la administración del medicamento, es decir que pueden no aparecer al administrar el tratamiento sino que pueden aparecer después, como la discinesia tardía producida por los antiparkinsonianos.

Según el mecanismo de producción del efecto indeseable podemos decir que los hay de los siguientes tipos:

Atribuibles al fármaco:

Sobredosificación relativa: Aparecen a dosis terapéuticas, por ejemplo por error en la vía de administración, algunas interacciones también la producen.

Efectos colaterales: Es un efecto adverso producido por el mecanismo de acción y acción del fármaco en diferentes lugares (modo de acción), por ejemplo los anticolinérgicos producen la relajación de la musculatura lisa, pero también pueden producir sequedad de boca, estreñimiento, retención urinaria, visión borrosa.

●Efectos secundarios: Son efectos adversos que se producen como consecuencia del efecto farmacológico.

Atribuibles al organismo:

●Reacción idiosincrática: Es producida a causa del polimorfismo

genético, por ejemplo, la succinilcolina es un relajante muscular con una vida media muy corta, porque hay una enzima que la rompe y la transforma en ácido succínico y en colina, es la esterasa plasmática, pero hay personas que tienen pocas esterasas plasmáticas, lo que produce un aumento de la vida media del fármaco, por lo que a todo el mundo se le estudia esta función antes de realizárseles cirugías menores.

●Situaciones fisiológicas y patológicas: Como ya hemos visto en otros ejemplos ya no se usa la oxitocina en mujeres embarazadas pues tiene efectos teratogénicos, situaciones patológicas serían la insuficiencia renal o hepática.

●Alergias: Son reacciones adversas de base inmunológica, pueden producirse por contacto previo sensibilizante, como la alergia a la penicilina, cuando se le administra a mujeres embarazadas, cuando tras un tiempo se le administra penicilina al hijo puede desarrollar una reacción anafiláctica.

●También puede producirse por hipersensibilidad cruzada; si una persona es alérgica a un fármaco es probable que sea alérgica a fármacos del mismo grupo.

●Tolerancia: La tolerancia farmacocinética es la producida por la presencia de un inductor enzimático, la tolerancia farmacodinámica se produce por el agotamiento de los receptores como consecuencia de la administración repetitiva de un fármaco, como ejemplo más claro tenemos la taquifilaxia.

● Resistencia: Es el mecanismo de adaptación de los microorganismos frente a un fármaco. Es la

capacidad de algunos microorganismos de producir, por mutación, enzimas capaces de inactivar o destruir antimicrobianos.

Mutagénesis química.

Es la propiedad que tienen algunos fármacos para producir cambios en la dotación genética, se pueden dar tres tipos de cambios:

- Cuando afecta a las células germinales del adulto, o también llamado mutagénesis, en la que es la descendencia la que va a recibir los cambios siendo asintomáticos en los adultos.
- Cuando afecta a las células somáticas del adulto, o también llamado carcinogénesis, afecta al adulto, lo que no significa que también vaya afectar a la descendencia.
- Cuando afecta a las células somáticas del embrión, o también llamado teratogénesis, inicialmente no afecta a la madre, como por ejemplo la talidomida.

_____ *Médico Farmacólogo. Profesor Titular de Farmacología y Adicciones en el Instituto de Drogodependencia de la USAL. Profesor Titular de Farmacología y Terapéutica en la Facultad de Medicina de la Fundación Barceló. Magíster en Adicciones (USAL – DEUSTO) Miembro del Consejo Científico Honorario de la SEDRONAR.

Bibliografía

Baistrocchi y Otros. Manual de Adicciones – Tomo I Gabas Editorial. Año 2003.

