



clepios

72

CONSUMOS

REVISTA DE PROFESIONALES EN
FORMACIÓN EN SALUD MENTAL

MARZO / JUNIO 2017
Nº 1 - VOLUMEN XXIII

ISSN 1666-2776

Coordinadores: Dr. Nicolás Alonso / Dra. Mariana Pedró Siegert / Dr. Pablo Díaz

Comité de redacción: Giannina Castiglioni / Lic. Paula Dombrovsky / Lic. Federico Falk / Dra. Renata Gómez / Lic. Malena Kiss Rouan / Dra. Natalia López Pappano / Dr. Franco Magrini / Lic. Pilar Neira / Lic. Mariano Nespral / Lic. Florencia Pose / Lic. Rafael Pozo Gowland

Comité asesor: Lic. Martín Agrest / Lic. Michelle Elgier / Lic. Yesica Embiil / Lic. María Juliana Espert / Dr. Javier Fabrissin / Dra. Valeria Fernández / Dr. Federico Kaski Fullone / Lic. Luciana Grande / Lic. Maia Nahmod / Dr. Martín Nemirovsky / Lic. Laura Ormando / Dr. Javier Rodríguez / Lic. Bárbara Schönfeld / Lic. Cecilia Taboada

Sitio web: Dr. Guilad Gonen (diseño web) / DG Cecilia Álvaro

Colaboradores fotográficos de este número: Alejandro Brain / Camila León / Luciana Sendin. **Foto de tapa:** Luciana Sendin

Reg. Nacional de la Prop. Intelectual No 1603324 - ISSN No 1666-2776 - Hecho el depósito que marca la ley. Clepios, Vol. XXIII - Nro. 1 - Marzo / Junio 2017. Todos los derechos reservados. © Copyright by POLEMOS S.A. "Clepios, revista de profesionales en formación en salud mental" es una publicación de Polemos, Sociedad Anónima. Informes y correspondencia: Clepios, Moreno 1785 5° piso (1093) Buenos Aires. Tel/Fax 4.383-5291. clepios@gmail.com / www.clepios.com.ar

Prohibida su reproducción total o parcial por cualquier medio, sin previo consentimiento de su Editor Responsable. Los artículos firmados y las opiniones vertidas en entrevistas no representan necesariamente la opinión de la revista y son exclusiva responsabilidad de sus autores.

Impreso en: **Cosmos Print SRL** Edmundo Fernández 155, Avellaneda

Comité de lectura

Lic. Roxana Amendolaro
Dr. Nicolás Braguinsky
Dr. Norberto Conti
Dr. Norma Derito
Lic. Patricia Dolan
Dr. Daniel Ferioli Sevagopian
Lic. Élda Fernández
Dr. Pablo Gagliesi
Dr. Emiliano Galende
Dr. Miguel Ángel García Coto
Dr. Norberto Garrote
Dr. Aníbal Goldchluk

Dr. Gustavo Finvarb
Lic. Haydée Heinrich
Dra. Gabriela Jufe
Lic. Eduardo Keegan
Dr. David Laznik
Dr. Santiago Levín
Lic. Marita Manzotti
Dr. Miguel Márquez
Dr. Daniel Matusevich
Lic. Daniel Millas
Dr. Alberto Monchablón Espinoza
Lic. Eduardo Müller
Dra. Mónica Oliver

Dr. David Pattin
Lic. María Bernarda Pérez
Lic. Fernando Ramírez
Lic. Miguel Santarelli
Dr. Juan Carlos Stagnaro
Lic. Alicia Stolkiner
Dr. Esteban Toro Martínez
Dr. Fabián Triskier
Lic. Alejandro Vainer
Lic. Adriana Valmayor
Dr. Ernesto Wahlberg
Lic. Débora Yanco
Lic. Patricia Zunino

T₁ / 03

Estrategia de reducción de riesgos y daños, aquí y ahora

ANA ALLI
JUAN PABLO BURWIEL

T₂ / 09

Consumo que nos consume

MELISA COSENTINO

T₃ / 12

Psicosis y adicciones

FLORENCIA INÉS MAZZEO

& / 17

CADÁVER EXQUISITO Consumos

SILVIA MÓNICA GIANNI
GABRIEL ROLÓN
ADRIANA V. BULACIA
JOSÉ CAPECE

? / 23

REPORTAJE Introducción a la entrevista de Johann Hari

FEDERICO PAVLOVSKY

Entrevista a Johann Hari

REDACCIÓN CLEPIOS

🎯 / 27

CLEPIOS INVESTIGA Adicciones comportamentales: una aproximación bibliográfica

LAURA CECILIA MARTÍNEZ DIDOLICH
NATALIA LÓPEZ PAPPANO

“ ” / 32

CONVERSACIONES Prevención y respuestas a los consumos de drogas: caminos recorridos y nuevas líneas de abordaje

ANA CLARA CAMAROTTI

<< / 40

LO HUBIERA SABIDO ANTES Hoy se juega

MARIANO LAFFRANCONI
DIEGO MARQUEZ
RICARDO WILLIAMS
CARLA PARERA
NATALIA DE LIO

👉 / 46

MEMORIAS PARA EL FUTURO El Centro Ulloa, una institución que se constituye desde prácticas reparatorias

ANA ALLI
JUAN PABLO BURWIEL

5 / 48

LOS 5... Cinco productos para entender nuestros consumos

ENZO MAQUEIRA

Editorial

En los primeros encuentros que realizamos para pensar alrededor de una definición temática del presente número surgieron distintas ideas que se revelaban desarticuladas: Atención primaria de la salud, clínica vista como semiología, como práctica cotidiana en la consulta, prácticas en dispositivos de los que formamos parte y sus articulaciones, los efectos de inclusión/exclusión social, problemáticas en torno a la implementación de las legislaciones vigentes, nuestra formación en la actualidad. Poco a poco fue tomando forma una temática que atraviesa cada una de estas ideas: el consumo. Recordamos que anteriormente se le había dedicado un número a esta temática y allí fuimos en su búsqueda.

“No es un paciente para este servicio, es un adicto”. Esta frase figuraba en el número 54 de Clepios sobre consumos problemáticos publicado en el 2011. Creemos que continúa estando vigente cuando una persona con adicciones realiza una consulta de salud mental. Sin embargo, en algunos ámbitos se ha comenzado a reconocer que, tal como plantea la Ley Nacional de Salud Mental, “las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental”. Además de estas posiciones contrapuestas podemos escuchar también: “no contamos con formación para ese tipo de pacientes”, “tienen que atenderse con especialistas”. Fuimos, poco a poco, problematizando, planteando distintas preguntas: ¿Compete o no compete la *problemática de consumo* al campo de la salud mental? ¿Qué sería un especialista? ¿A qué otros campos debería involucrar? ¿Cuál es la mejor forma de ayudar a un adicto y a su familia? ¿De qué padece el sujeto que *consume*? ¿Qué abordajes para la temática del consumo existen en los distintos niveles de atención?, ¿Se trata de un trastorno homogéneo, de una elección personal que no debería patologizarse, o se trata de formas de expresión de otro padecimiento mental que puede ser diferente en distintos individuos?, ¿Qué determinantes sociales están involucrados en la dimensión problemática de consumo en la actualidad? ¿Es el consumo una manifestación de época? Por otra parte nos preguntamos ¿Qué modalidades de consumo quedan invisibilizadas al equiparar consumo problemático con adicción a drogas ilegales?

En este número nos proponemos reflexionar sobre estos y otros interrogantes, y compartir experiencias y debates acerca de la praxis con esta(s) problemática. En los trabajos recibidos observamos distintas preguntas que hacen tanto al cuestionamiento propio de la instancia de formación en la que nos encontramos, como a la búsqueda de un posicionamiento frente a esta temática.

Dirigimos también nuestras preguntas en la sección CADÁVER EXQUISITO a distintos referentes: el Lic. Gabriel Rolón (Psicó-

logo social), la Lic. Silvia Gianni (Trabajadora Social), la Dra. Adriana Bulacia (Psiquiatra) y el Dr. José Capece (Psiquiatra). En REPORTAJE contamos con la oportunidad de entrevistar a Johann Hari, autor del libro “*Tras el grito*”, en el cual avisa a los lectores que “*todo lo que creen que saben sobre las adicciones está mal*”. En la entrevista nos cuenta sobre su estudio en torno a las adicciones y el recorrido realizado. No hubiéramos contado con este aporte sin la ayuda del Dr. Federico Pavlovsky, a quien entrevistamos también para que nos cuente los motivos que llevaron a convocar al periodista británico y nos aporta una introducción a la sección.

Para la nueva sección: “CONVERSACIONES”, hicimos llegar nuestras interrogantes a Ana Clara Camarotti, Doctora en Ciencias Sociales, quién a partir de los intercambios que pudimos realizar con ella, nos comparte una perspectiva amplia de las políticas desarrolladas alrededor del consumo, las críticas que han recibido y las propuestas alternativas.

Incluimos también la experiencia de residentes de medicina general en el abordaje de problemáticas relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas en la sección “LO HUBIERA SABIDO ANTES”. Allí relatan su trabajo en el dispositivo generado al que denominaron “*hoy se juega*”.

Sumamos a la sección “MEMORIAS PARA EL FUTURO” La historia del “Centro de Asistencia a Víctimas de Violaciones de Derechos Humanos Dr. Fernando Ulloa”, creado en octubre de 2010 en el marco de políticas reparatorias en derechos vulnerados históricamente, desde una integral y lograda articulación intersectorial entre Justicia, Derechos Humanos y Salud Mental.

Por último, la sección LOS 5 con algunos convites a referencias a las que remitirnos para sazonar de artes la discusión, en un número que parece no haberse querido quedar con la inferencia “consumo, ergo sustancias psicotrópicas”.

Para terminar, no quisiéramos dejar de compartir la sensación de enriquecimiento percibido por el equipo al realizar este número. Notar los contrastes y los puntos de encuentro entre nuestros conocimientos, ignorancias, opiniones e interrogantes, y los de quienes han compartido sus experiencias en los distintos formatos y desde distintos lugares hizo que el recorrido de este número haya significado un fecundo y provechoso aporte a nuestros encuentros con el tema. Esto nos motiva a reiterar la invitación a todos los lectores de la revista que quieran sumarse a nuestro equipo para continuar en la producción de nuevos números.

COMITÉ DE REDACCIÓN INTERDISCIPLINARIO REVISTA CLEPIOS



ANA ALLI
Lic. Psicología. Residente de 2° año
ana_alli@yahoo.com.ar

JUAN PABLO BURWIEL
Lic. Trabajo Social. Residente de 2° año
juan67_77@hotmail.com

Hospital Nacional en Red especializado
en Salud Mental y Adicciones
"Lic. Laura Bonaparte" (ex Cenareso)

— Foto: Luciana Sendin

Estrategia de reducción de riesgos y daños, aquí y ahora



RESUMEN :: A partir de algunas situaciones de la guardia de SM del Hospital Nacional en Red, pensamos la estrategia de reducción de riesgos y daños para el consumo problemático de sustancias como una posible práctica contrahegemónica al paradigma de la atención actual.

El análisis de las diversas intervenciones profesionales del equipo interdisciplinario, nos permite problematizar el campo de tensiones en donde los diferentes modelos de abordaje conviven en la vida cotidiana de los ciudadanos.

PALABRAS CLAVE :: Adicciones -Consumo problemático - Salud Mental - Interdisciplina - Sujeto de derecho- Modelos de abordajes

ABSTRACT :: Starting from Mental Health emergency situations in the Hospital Nacional en Red, we thought the strategy of harm and risk reduction for substances consumption as a possible counterhegemonic practice.

The analysis of different interventions of the professional interdisciplinary team, allow us to problematize the field of tensions in the different models of approach.



GUARDIA INTERDISCIPLINARIA DE SALUD MENTAL - HOSPITAL NACIONAL EN RED

Joaquín --Me quiero internar...no aguanto más...

Lic. ---Contanos... ¿Qué es lo que no aguantas más?

Joaquín --Soy un adicto, me drogo desde hace muchos años, ya hice varios tratamientos, y sé que la única manera para parar de consumir es internarme. Esto trae problemas en mi familia, con mi hija, mi señora. Estuve limpio un tiempo, pero no me sirven los tratamientos ambulatorios, porque vuelvo a caer. La enfermedad me gana.

Una de las instituciones más difundidas en relación al tratamiento de las adicciones, es sin duda la Comunidad Terapéutica (o granja). Hagan la prueba, pregunten a profesionales y parroquianxs, y una y otra vez, aparecerá dicha referencia, con mayor o menor conocimiento de la problemática.

Es que la operatoria hegemónica es la del modelo abstinencionista, en donde el centro de la propuesta terapéutica esta puesta en la eliminación de la/s sustancia/s de la vida de las personas. También los grupos de AA y NA son otras instituciones por demás difundidas y que se ofrecen como espacios a los cuales acudir, ya que los mismos se instalan en organizaciones insertas en la comunidad.

El modelo de comunidades terapéuticas cerradas o granja de rehabilitación se difundió en Estados Unidos en la década del 60 a partir del método conocido como Synanon. El modelo de AA, también nace en EEUU, en la década del 40, con una fuerte impronta religiosa, financiado en sus comienzos por la fundación Rockefeller.

En la Argentina a partir de la incorporación del tratamiento de las adicciones como una problemática dentro del campo de la salud, la ley de Salud Mental introduce la posibilidad de comenzar a pensar desde otro lugar el abordaje de personas con un padecimiento mental, en donde el consumo se encuentra presente, ya sea en forma problemática o no.

En los años 80, en Europa surge la **estrategia de reducción de riesgos y daños (ERRD)** como alternativa al modelo abstinencionista; ante las nuevas condiciones que se comienzan a dar a partir del contagio de HIV por el uso intravenoso de cocaína y heroína.

En Suiza, el psiquiatra *Jean-Jacques Déglon* comienza a incorporar la reducción del tratamiento de desintoxicación, logrando así una de las primeras políticas públicas en relación a la problemática, introduciendo la utilización de la metado-

na para suplantar el consumo de heroína y la disminución de daños con el acceso a jeringas descartables. Generando la posibilidad de una red de servicios brindados desde el estado que no requerían el abandono del consumo.

Mientras tanto en el Reino Unido, hacía tiempo que se venía tratando el síndrome de abstinencia a los opioides con mantenimiento o sustitución, aquellas personas que querían dejar de consumir y no podían, recibían morfina (u otro derivado más leve) como práctica médica, estableciendo un potente antecedente de regulación de consumo de una sustancia.

Estas prácticas, que tuvieron sus réplicas también en EEUU, declinaron, ya que las fuerzas policiales comenzaron a perseguir al personal médico, creando una zona gris de legislación. Aunque es importante destacar, experiencias contrahegemónicas que aún siguen funcionando en diversas ciudades de Inglaterra y Suiza. (Ruchansky; 2015)

La aparición de este enfoque permite sacar del campo delin cuencial la tenencia de drogas, para llevarlo al campo sanitario en relación a la problemática de los sujetos que consumen alguna sustancia.

El Hospital Nacional en Red se propone este abordaje como estrategia de intervención institucional, con el fin de "disminuir la entrada a la adicción y los riesgos asociados al consumo". Riesgos tanto en el plano de la salud, sociales como legales. Haciendo particular foco en el sujeto, y dejando al consumo problemático de sustancias como un atravesamiento más de la vida de la persona. (Benedetti; 2015)

A partir de nuestra inserción en la residencia de dicho hospital, comenzamos a transitar por los dispositivos del mismo, rediseñados a partir de una lógica clínica. La vivencia de diversas intervenciones de los equipos interdisciplinarios, nos permite problematizar el campo de tensiones en donde los diferentes modelos de abordaje conviven en la vida cotidiana de los ciudadanos. Así en las historias de los pacientes y en su día a día, se van entretejiendo prácticas y discursos de ambos modelos de abordaje, que operan desde diferentes instituciones (familia, escuela, medios de comunicación, hospital) en forma simultánea.

Actualmente nos encontramos en las denominadas sociedades de control (Deleuzze, 1991), que conviven con los viejos centros de encierro de las sociedades disciplinarias: la fábrica, la prisión, la escuela, los hospitales atraviesan una crisis generalizada. Esta crisis cuestiona los modos de transitar la vida cotidiana de los ciudadanos, generando subjetividades propias de la época.

En las sociedades disciplinares, a través de dispositivos en los que se atendía a la individuación al mismo tiempo que a la inclusión de esos individuos en ámbitos masivos, se formaban sujetos fuertes pero dóciles y obedientes. En la actualidad, nos encontramos frente a un modo diferente de producir sub-

jetividades, que si bien han sido generadas (en parte) en estas instituciones, el estallido de las mismas, va dejando marcas en los sujetos, creando presentaciones clínicas y formas de abordarlas propias de la época actual. El sistema de salud no escapa a estas transformaciones, que lo conducen a repensar cómo interactúan los diversos modelos de intervención en las subjetividades de sus integrantes.

A diferencia de lo que sucedía en la sociedad disciplinaria, en las actuales sociedades de control el acento no se coloca en impedir la salida de los individuos de las instituciones, sino en obstaculizar la entrada. No son las instituciones como faros de referencia quienes proponen directamente la re-educación del individuo, sino que las conductas esperables de éste ya fueron asimiladas previamente por dispositivos más eficaces que internalizaron las pautas de funcionalidad en su propia subjetividad.

Así, la internación, como lo plantea la ley de Salud Mental, es una medida excepcional dentro del tratamiento del padecimiento mental en general y del consumo problemático de sustancias en particular. Pero dentro del imaginario social, “la internación” parece operar como práctica salvadora en donde el sujeto arroja su ser, fuera de la esfera de sus decisiones para que otros (los profesionales, los que saben qué hacer con su padecer) se hagan cargo del mismo. Ya no es el “juez” quien ordena la internación, sino que es el mismo paciente o su familia quienes demandan su propia internación, como forma de tratamiento aprendida y adquirida de los discursos hegemónicos.

Consideramos que en esta demanda, una y otra vez escuchada, de internación opera el modelo de abordaje abstencionista, aún hegemónico, operatoria internalizada de la práctica manicomial. El paciente viene al hospital (como puede, de diversas maneras y sin una demanda armada muchas veces) a pedir internación (cuando no la familia, los vecinos, los jueces). Desde el modo de abordaje de nuestro hospital, esta demanda comienza a dialectizarse, para que el sujeto pueda empezar hablar de su padecer y no sólo se cristalice en un ser-adicto. Creemos que este movimiento opera como línea de fuga, porque sin duda la apuesta es a que aparezca algo de la singularidad del sujeto, y es aquí donde la escucha psicoanalítica (entre otras) permite ofertar un lugar en donde el sujeto pueda empezar asomar.

Pero al mismo tiempo, la vida cotidiana de los sujetos que se constituyen como pacientes del hospital, sigue transcurriendo en un mundo en donde el paradigma abstencionista sigue en pie en la mayoría de las instituciones estatales y en la mayoría de las mentes de profesionales y familiares. Nos parece importante destacar esta simultaneidad, porque no es sin consecuencias en la vida del paciente. Las decisiones que vaya tomando, las redes que vaya construyendo o re-construyendo, junto con los profesionales que acompañen su proce-

so terapéutico, deberán necesariamente tener en cuenta esta particularidad, no con el fin de plantear una lucha encarnizada por uno u otro abordaje, aunque son válidos y necesarios los posicionamientos, sino para poder ir construyendo diversas maneras de estar en el mundo.

El pasaje de las prácticas manicomiales a las actuales prácticas en salud mental, plantea muchas veces, la autorregulación como mecanismo propio del sujeto para habitar/crear una manera de ser en el mundo. Esta idea actual plantea un posicionamiento liberal que invisibiliza intenciones de desprotección y ausencia de cobertura sanitaria.

En este sentido creemos fundamental poder enmarcar las prácticas en salud mental, a partir de la óptica del sujeto de derechos, y así reflexionar sobre un sistema de salud que contemple la base de los derechos humanos, reemplazando autorregulación por autonomía y prácticas de encierro por cobertura y protección sanitaria.

DESAFÍOS DE LA ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE RIESGO Y DAÑO EN RELACIÓN AL SUJETO DE DERECHO

La Ley de Salud Mental prevé “garantizar los derechos humanos de las personas en su relación con los servicios de salud mental”, y por ende reconoce a los pacientes como “sujetos de derecho”. A pesar de este primordial reconocimiento, es importante preguntarse, si un sujeto es siempre un “sujeto de derecho”, o si el derecho siempre interpela al sujeto desde el criterio de ciudadanía que promueve la nueva ley.

Según el último informe del CELS la condición para que un sujeto sea alcanzado por los derechos que lo asisten reside en el ejercicio de su “capacidad jurídica” y el derecho a tomar decisiones públicas e individuales de acuerdo con las propias preferencias. Sin embargo, en el caso de las personas con padecimiento mental, se observa un abordaje diferencial en lo que refiere a estas capacidades jurídicas, cuando se les restringe la capacidad de decidir y actuar por sí mismas. (Sabin Paz, 2015). En esta línea, a los usuarios de drogas se los considera como seres incapaces de cuidar de sí y de otros, generando dispositivos de carácter restrictivo o meramente abstencionista para atender el problema (Galante, 2009). A su vez, el informe relaciona dichas capacidades con la posibilidad de integrarse a la vida en comunidad en forma autónoma, capacidades no siempre reconocidas en las premisas del modelo médico, que se traduce en un método que sustituye la voluntad para la toma de decisiones por “tratamientos” o “prescripciones” estandarizadas.

Este modelo acarrea la representación de que toda situación es susceptible de ser “atendida” o que toda persona puede ser “tratada o ayudada” (Menéndez, 1979). Esta hipótesis conduce a lo que se denomina según el autor “la abdicación de los poderes personales”. Ahora, si bien la ERRD promueve un sujeto activo y responsable de sus experiencias, esta es una instancia a la que debe llegarse trabajosamente, involucrando a los profesionales en severas críticas, reflexiones e interpe-laciones de sus propias prácticas; ya que aun enunciándose como voceros de una ERRD, ésta puede ser parcial, si es que no se revisan los modelos de atención que moldean al sujeto como objeto de tratamiento de alguna corriente hegemónica.

Esta revisión supone, además de abandonar la estrategia abstencionista como la única posible, seguir cuestionando los modelos u abordajes en salud. Aquí creemos que dentro del juego de interacciones hay representaciones que adquieren visibilidad privilegiada y otras terminan subyaciendo a nuestras intervenciones en forma más sutil. Entonces, en vías de construir un modelo de atención que suponga un sujeto activo, en complementariedad a una visión tolerante de las sustancias en la vida de éste, debemos cuestionar los enfoques de atención, como aquello que se internaliza en nuestras prácticas y discursos.

Esto que se internaliza, es lo que a su vez está invisibilizado. Este término refiere a lo que no se distingue, a lo que se le atribuye como “neutro”, a las nomenclaturas que simplifican en vías de negar complejidades inherentes a lo concreto. A modo de disparador, a partir de la siguiente frase de Foucault, pensaremos dos modos distintos de atención que se relacionan a dos acepciones de la palabra “sujeto”:

Immense obra a la cual Occidente sometió a generaciones a fin de producir la sujeción de los hombres; quiero decir: su constitución como “sujetos”, en los dos sentidos de la palabra. (Foucault, 2008, pág. 61)

Cuando el autor habla de los “dos sentidos de la palabra”, se refiere a las dos acepciones que tiene el término “*sujet*” en francés. El primer sentido hace referencia al sujeto tal como lo conocemos en nuestra lengua y el segundo equivale a los términos “tema” o “asunto”. Por lo que el sujeto se convertiría en “tema” o “asunto” (objeto) de la medicina a partir de la sujeción de los hombres a sus principios disciplinares y criterios científicamente observables, por medio de la codificación clínica como despliegue de un conjunto de signos y síntomas descifrables: el interrogatorio, el cuestionario apretado y otros tantos medios herederos de la confesión.(Foucault, 2008).

En esta línea, se daría una sujeción del “sujeto” al tratamiento, éste último visto como universo conocido para el profesional y en donde el saber “todo lo puede abarcar”. Este universo es el plano en donde las “regularidades científicas” se convalidan, el campo en donde los aciertos o fallidos de la clínica se explican tautológicamente por sí mismos (“*Si no funciona es*

porque “discontinué” el tratamiento”). El paciente conceptualmente se aproxima, por lo tanto, a un objeto científico que se explica por las reglas o principios que rigen dentro del cerco que los profesionales pueden supervisar o sistematizar, por no decir vigilar o controlar.

De esta forma, la salud se emparenta a una “administración” de los enfermos. La enfermedad se integra al control de las formas de existencia y coexistencia; y la asistencia se encamina hacia una medicalización que pretende racionalizar la vida social.(Foucault, 2014). Se le asigna al sistema de salud la meta explícita del bienestar de una población, como totalidad funcional, como sistema coherente que procura corregir los desviados a la norma. Así nos acercamos a un sujeto “para” el derecho, y no propiamente “de” derechos. Un “asunto” del derecho, alguien que se define por su funcionalidad a un colectivo que lo determina, y que en dicha determinación la “capacidad jurídica de decidir”, propia del sujeto de derechos, se somete a prescripciones médicas, conjugadas y entrelazadas a las prescripciones de un sistema jurídico.

En esta línea (y ya pensando en una ERRD), proponemos dos polos abstractos, entre los cuales se moverían los modos de construir un saber profesional. Uno de ellos otorga primacía al tratamiento, sujeto a las reglas de lo previsible vinculado a “lo significativo”, “lo sistematizado” en el marco de los límites de “lo abarcable”. El otro polo, va a valorizar lo “que escapa”, lo que “a priori se desconoce”, lo que no responde inmediatamente a lo regularizable. En este polo lo significativo se ubica en el lugar de “lo anecdótico” en detrimento de “lo sistematizable”. El tratamiento como herramienta de certeza cede su lugar a la complejidad e inconmensurabilidad de lo subjetivo. Así, la realidad de un paciente sería inabarcable por las fronteras de un tratamiento. Un “sujeto de derechos” no se reduciría a su participación en cuanto tal, sino que se ampliaría siempre que se reconozcan y asuman una puja de saberes imposibles de armonizar, ya que el saber profesional (y de ahí el tratamiento que sugiere) se enmarca en lo regular: lo significativo construido a partir de un encuadre disciplinar. En cambio el saber del sujeto se enmarca en la contingencia de su devenir existencial: lo significativo construido en la lógica de su propia historia, en las posibilidades que emergen desde su autonomía, en la decisión justificada en sus propios saberes.

En este sentido, la estrategia de reducción de daños no sólo debe promover el cambio de conductas de cuidado y riesgo de los usuarios y de sus redes de consumo, como reservorio de prácticas de disciplinamiento o formas meramente prescriptivas, sino que supone efectuar acciones continuas para conocer los significados que tiene el uso de drogas para los sujetos que las consumen, teniendo en cuenta las diferencias entre los distintos sujetos, grupos sociales y las modificaciones que se producen en las diversas historias de vida (Galante, 2009). Tampoco creemos que se deba constituir un método unívoco para aplicar la estrategia, sino empezar a

aunar algunos criterios que orienten las prácticas de forma creativa y respeten los estándares de los derechos adquiridos. Para esto, analizaremos tres conceptos, que serán de utilidad para diagramar lineamientos.

El primero de ellos consiste en reconocer las **representaciones en torno al uso de sustancias de los usuarios** para que se incorporen sus valores y experiencias en el proceso de conocimiento. El cual se concibe como un espacio de intercambio entre especialistas y usuarios (Galante, 2009). Esto supone ver a “la sustancia”, no como vector causal de enfermedad (ya sea como “sustituto de alguna carencia” o “alterador de conciencia”), sino como elemento activo y productivo en la vida social e individual, en una visión tolerante al uso de la misma; donde dicha tolerancia no debe ser interpretada en torno a la “permissividad” en su uso, sino en su incorporación a los factores de la reproducción social de los sujetos.

El segundo concepto propone **gestionar los riesgos, los cuidados y los recursos**. Éste intenta reconocer la aptitud de un sujeto para negociar en el marco de su capacidad para el ejer-

cio de sus derechos (Saraceno, 2003). El término “gestionar” intenta superar nomenclaturas como “limitar” o “reducir”, para incorporar enfoques proactivos, de autodeterminación y control sobre las situaciones que desde afuera se asumen como “desbordantes” o “inmanejables” por el sujeto. Así, los equipos interdisciplinarios deben promover la creación y multiplicación de oportunidades de intercambio material y afectivo, tanto como el tejido de redes de negociación, articuladas y flexibles, a fin de aumentar la participación y la vinculación real de los sujetos que se encuentran en situación de vulnerabilidad social (Galante, 2009).

Por último, el tercer concepto se apoya en la idea de **construir espacios confiables** que no sean amenazantes ni estigmatizantes (Goltzman, 2013). Esto no consiste en “delimitar” los espacios de consumo para que el equipo le “administre las dosis”. Sino en retomar las relaciones entre los usuarios, las sustancias y los contextos de uso, en una óptica que reconozca la capacidad de apropiación de los espacios y la oportunidad de aprender de los propios límites del usuario en relación al entorno, reconociendo sus libertades y desplazamientos en su escenario cotidiano.

BIBLIOGRAFÍA

- Benedetti, E. (2015). Hacia un pensamiento clínico acerca del consumo problemático. Buenos Aires. Ediciones Licenciada Laura Bonaparte.
- Deleuzze, G. (1991): “Posdata sobre las sociedades de control”. Montevideo. Ed. Nordan
- Foucault, M. (2008). Historia de la sexualidad 1. La voluntad de saber. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Foucault, M. (2014). El poder, una bestia magnífica. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Galante, A. (2009). Programas de Reducción de Daños en el Escenario Actual. Un cambio de perspectiva. La Plata: Universidad Nacional de la Plata.
- Goltzman, P. M. (2013). Prácticas de trabajo en drogas. De la acción a la reflexión... y vuelta. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil.
- Menéndez, E. (1979). La apropiación de lo social por la práctica psiquiátrica. México: Nueva Imagen.
- Ruchansky, E. (2015); Un mundo con drogas, Los caminos alternativos a la prohibición; Buenos Aires, Ed Debate.
- Sabin Paz, M. (2015). El desafío de implementar La Ley Nacional de Salud Mental. Buenos Aires. Disponible en <http://www.cels.org.ar/especiales/informe-anual-2015/wp-content/uploads/2015/05/12-El-desaf%C3%83%C2%ADo-de-implementar-la-Ley-Nacional-de-Salud-Mental.pdf>
- Saraceno, B. (2003). La liberación de los pacientes psiquiátricos. De la rehabilitación psicosocial a la ciudadanía posible. México: Ed. Pax.



MELISA COSENTINO
Médica. Residente de primer año de
psiquiatría infanto juvenil. Hospital infanto
juvenil Dra. Carolina Tobar García
melisa.cosentino.mc@gmail.com

— Foto: Luciana Sendin

Consumo que nos consume

RESUMEN :: En el presente trabajo se planteará la problemática de consumo desde distintos puntos de vista. Se hará un recorrido desde la perspectiva individual hasta llegar a plantearlo como un asunto de carácter social, partiendo de una preocupación cotidiana: la falta de instituciones que lo aborden.

PALABRAS CLAVE :: Consumo de sustancias. Sociedad

CONSUMPTION THAT CONSUMES US

ABSTRACT :: In this article, the problem of substance use will be considered from different points of view. The issue will be addressed from an individual perspective and later as a matter of social character, starting from an everyday concern: the lack of institutions that tackle it.

KEY WORDS :: Substance use - society

LUCAS, SUS ESTUDIOS SOBRE LA SOCIEDAD DE CONSUMO

Como el progreso no-conoce-límites, en España se venden paquetes que contienen treinta y dos cajas de fósforos (léase cerillas), cada una de la cuales reproduce vistosamente una pieza de un juego completo de ajedrez.

Velozmente un señor astuto ha lanzado a la venta un juego de ajedrez cuyas treinta y dos piezas pueden servir como tazas de café; casi de inmediato el Bazar Dos Mundos ha producido

tazas de café que permiten a las señoras más bien blandengues una gran variedad de corpiños lo suficientemente rígidos, tras lo cual Yves St. Laurent acaba de suscitar un corpiño que permite servir dos huevos pasados por agua de una manera sumamente sugestiva.

Lástima que hasta ahora nadie ha encontrado una aplicación diferente a los huevos pasados por agua, cosa que desalienta a los que comen entre grandes suspiros; así se cortan ciertas cadenas de la felicidad que se quedan solamente en cadenas y bien caras dicho sea de paso.

Cortázar, *Un tal Lucas*

Comencé a problematizar el consumo gracias a una paciente que conocí que me impactó y me dio el pie para seguir pensando un aspecto que me interesa y preocupa. En el poco tiempo que llevo en el hospital me llamó la atención la manera en que se aborda - o mejor dicho, no se aborda - este tema; veo que existe un agujero asistencial con respecto al consumo. ¿Qué nos pasa en cuanto a este tema? ¿Por qué hay tan pocas instituciones que alojen esta problemática?

¿DE QUÉ ESTAMOS HABLANDO?

Consumo de sustancias. Es habitual que se catalogue a todo aquel que consume sustancias como un adicto. Sin embargo, es relevante hacer la diferencia entre los distintos tipos de vínculo que puede haber entre el consumidor y la sustancia. Así, puede haber:

Uso: consumo aislado, ocasional, recreativo.

Abuso: uso inadecuado por su cuantía, frecuencia o finalidad. Conlleva el incumplimiento de tareas o alteración en las relaciones interpersonales.

Dependencia: necesidad de consumir. Implica dependencia física y psíquica, puede aparecer tolerancia, que es la necesidad de aumentar la dosis para lograr el mismo efecto. En muchos casos se consume para aliviar los síntomas de abstinencia.

Hablamos de consumo problemático cuando se establece un vínculo de abuso o dependencia.

A modo general, las sustancias psicoactivas promueven el circuito de recompensa; y en sujetos vulnerables con contextos facilitadores, pueden conducir a la adicción. Esta condición no está definida por la dependencia física sino por el comportamiento de búsqueda. No es la capacidad tóxica de la sustancia la que constituye al toxicómano, sino lo que sucede en el sujeto que la utiliza. En palabras del Dr. Damín(2015), jefe de cátedra de Toxicología de la Facultad de Medicina, "No es la sustancia lo relevante en este diagrama, por lo que seguir luchando contra su oferta nos seguirá llevando al mismo fracaso que hemos experimentado durante décadas. La tarea debe concentrarse en *reducir la demanda*".(p.16)

El uso de sustancias psicoactivas no es algo del siglo XXI. Históricamente se han utilizado diferentes sustancias para modificar la percepción de la realidad y acallar el malestar físico, psíquico o social. Su uso fue desde medicinal a placentero, inclusive hasta para llevar a cabo ritos sociales. Las costumbres y los usos de las sustancias fueron cambiando a lo largo de los tiempos, tomando al Dr. Damín (2015), "el lugar que las drogas ocupan en la sociedad debe ser interpretado a la luz de los cambios sociales, económicos, culturales y científicos que lo afectan". No puede ser tomado como un factor aislado e interpretarlo como tal.

La toxicodependencia como hecho social, implica un cambio antropológico que modifica la mirada y la significación del uso de las drogas; significación que no se encuentra en ellas, sino en nuestra cultura. Remite al paradigma central de la articulación entre el lazo social y la libertad individual.

Es evidente que no existe una causa unidireccional que explique la situación. Podría decirse que existen tres campos fundamentales: el contexto social, la sustancia en sí misma, y el individuo con sus particularidades psíquicas y biológicas. Tres

campos interdependientes que deben ser tenidos en cuenta a la hora de cualquier análisis.

Haciendo referencia nuevamente al Dr. Damín(2015), debe tenerse en cuenta que no existe ninguna forma de consumo que con antelación nos asegure que no implicará riesgos; y que estos riesgos no sólo dependen de las sustancias utilizadas y sus características, sino también de la persona que las usa y del ambiente en que se consuma.

OTRO CONSUMO. ¿OTRO?

Consumo. Es una palabra derivada del latín, *consumere*, que significa gastar. Acción en que se utilizan bienes y servicios para satisfacer las necesidades del hombre.

Tomando esta última definición. *Satisfacer las necesidades del hombre.* ¿Qué necesidades son las que se suplen con el consumo? ¿Es posible terminar con la necesidad del hombre- ya sea consumiendo o no?

Hoy vivimos en una sociedad en la que prima el bienestar, la posesión y el recambio de bienes y servicios que satisfagan nuestras necesidades más inmediatas. Necesidades que poco tienen de básicas, más bien son necesidades creadas, artificiales. La principal actividad de los hombres y mujeres de hoy es consumir; siendo así funcionales, reproduciendo el ciclo. Consumimos con la certeza de estar haciéndolo por necesidad. Pero, corriendo un poco esta primera pantalla, claro está que es el mercado quien crea la demanda, persuadiendo, llevando a una modificación en nuestra conducta. Pasamos a ser entes que responden a un determinado modelo de consumo marcado por el mercado, tendemos a responder de una manera globalizada. ¿Lleva esto a una pérdida de identidad? Sin embargo, esto tiene otra cara: el pertenecer, el ser parte de un determinado grupo. Esto implica socialización. La sociedad actual se expresa a través del consumo. El estar incluido en un determinado sector, paradójica e inevitablemente, implica estar fuera de otro. División de clases. Pero más allá de estos términos económicos, implica una división, ya sea por una determinada vestimenta, por un grupo musical, un gusto, un trabajo, una idea. Como dice Erich Fromm en *La Condición Humana actual* (1981):

el hombre contemporáneo es ciertamente pasivo. Es consumidor eterno; <se traga> bebidas, alimentos, cigarrillos, conferencias, cuadros, libros, películas; consume todo, engulle todo. El mundo no es más que un enorme objeto para su apetito: una gran mamadera, una gran manzana, un pecho opulento. El hombre se ha convertido en lactante, eternamente expectante y eternamente frustrado.(p10)

¿Satisfacer las necesidades del hombre? Absurdo, incoherente. Apocalipsis. La amenaza máxima que podría plantearse. Eso sería ir en contra del principio básico de todo sistema social duradero, es decir su capacidad de autorreproducirse con éxito. Es necesario que los integrantes *deseen* hacer lo que el sistema *necesite* que hagan. ¿Satisfacer las necesidades? Muy por el contrario, no hacen falta anteojos con aumento para ver esto, *se genera la demanda*.

CLÍNICA COTIDIANA

_Lucía de 16 años. “Me escondía para tomar, sabía que llegaba mi novio y me lavaba los dientes para que no se diera cuenta”. “Yo le decía a él que tuviera fuerza para no drogarse y ahora soy yo la que se escabía”.

_Pablo, en internación “¿Me da la pichicata, Doctora? Tengo abstinencia”.

_Nancy de 87 años, hace 5 años que *necesita* una benzodiazepina para dormir.

_En Ecuador, un grupo de nativos, toma ayahuasca en rituales cotidianos.

_“Dale, Juan, entrá, cuando salimos te llevo a Mc, te compro la cajita feliz”

_“En esta guardia, se toman 5 lts de café por día”.

Los jueves se consumen 25 vasos de plástico, como mínimo.

En estos pequeños casos clínicos, muy diferentes entre sí, veo algo que los atraviesa. En mayor o menor grado, con mayor o menor dependencia, la necesidad de incorporar algo externo para acallar el malestar psíquico.

Freud (1929-1930) plantea 3 calmantes para soportar la vida gravosa: las poderosas distracciones, que nos hacen valuar en poco nuestra miseria; las satisfacciones sustitutivas, como el arte, que son ilusiones con respecto a la realidad; y las sustancias embriagadoras, que alteran la química de nuestro organismo. De estos últimos Freud (1929-1930) dice “no sólo se les debe la ganancia inmediata de placer, sino una cuota de independencia, ardientemente anhelada, respecto del mundo exterior. Bien se sabe que con ayuda de los “quitapenas” es posible sustraerse en cualquier momento de la presión de la realidad y refugiarse en un mundo propio, que ofrece mejores condiciones de sensación.”(p.78)

Fabián Naparstek (2010) analizando el texto de Freud *El malestar en la cultura*, hace una reflexión acerca de la época en la que este ilustre personaje escribió. Como ya mencioné, éste plantea diferentes maneras de paliar nuestro malestar. Actualmente hay una tendencia a una respuesta única y globalizada, donde todas las diferencias se desdibujan, aparecen difusas. Así, la toxicomanía no aflora como un síntoma aislado, sino como expresión social. J.A. Miller habla de toxicomanía generalizada, plantea al consumo como única respuesta; y quien no lo hace, quien no pertenece, se deprime. Surge de aquí la idea de segregación del diferente, del que resiste.

Para poder hacer un análisis de la situación es necesario tener en cuenta el contexto social que atravesamos, es necesario estar inmerso en la subjetividad de la época y tener una lectura clínica de la misma. En algunas culturas el uso de sustancias se encuentra pleno de sentido, como dice Fabián Naparstek (2010), “el consumo de drogas se encontraba ligado a cierta épica, a un ideal de libertad y de búsqueda de nuevas experiencias, frente al momento actual”; y como dice Furst, antropólogo mexicano, “Las plantas mágicas actúan para validar y

ratificar la cultura, no para facilitar medios temporales que permitan escapar de ella” (p.63). Hoy, la sociedad postmoderna nos propone un modo de consumo vacío de sentido. ¿Cuál es el resultado? El hombre enajenado de sí mismo. Así lo ilustra Erich Fromm en su libro *El arte de amar* (1970)

Las relaciones humanas son esencialmente las de autómatas enajenados, en las que cada uno basa su seguridad en mantenerse cerca del rebaño y en no diferir en el pensamiento, el sentimiento o la acción. Al mismo tiempo que todos tratan de estar tan cerca de los demás como sea posible, todos permanecen tremendamente solos, invadidos por el profundo sentimiento de inseguridad, de angustia y de culpa que surge siempre que es imposible superar la separatividad humana. Nuestra civilización ofrece muchos paliativos que ayudan a la gente a ignorar conscientemente esa soledad: en primer término, la estricta rutina de trabajo burocratizado y mecánico, que ayuda a la gente a no tomar conciencia de sus deseos humanos más fundamentales, del anhelo de trascendencia y unidad. En la medida que la rutina sola no basta para lograr ese fin, el hombre se sobrepone a su desesperación inconsciente por medio de la rutina de la diversión, la consumición pasiva de sonidos y visiones que ofrece la industria del entretenimiento; y además, por medio de la satisfacción de comprar siempre cosas nuevas y cambiarlas inmediatamente por otras. El hombre moderno está actualmente muy cerca de la imagen que Huxley describe en un mundo feliz: bien vestido, bien alimentado, sexualmente satisfecho; y no obstante, sin yo, sin contacto alguno, salvo el superficial, con sus semejantes.(p 104-105)

Hoy es primordial cancelar el malestar psíquico. Que ocurra inmediatamente, sin demora, ya. No se puede esperar, satisfacción sin intermedio, sin distancia, sin pensar, automáticamente. Necesidad – uso – descarte. Descartable, todo parece descartable. No hay proyecto, nada es duradero, nada es verdadero.

STOP, YA ESTÁ BIEN ASÍ

Creo que hablar de consumo implica hacer una reflexión acerca de cómo vivimos. Implica hacer un stop y mirar dónde estamos parados; ver si nos gusta y nos sirve para llegar a dónde queremos ir. Implica implicarnos. Por un lado, veo el panorama gris de la sociedad consumista en la que vivimos; pero por otro, también veo y creo que somos actores activos en el mundo donde estamos, que creamos nuestra realidad. De alguna manera, veo que esta problemática se despliega en un gran espectro y que el primer paso para poder pensar un abordaje es ser consciente de la situación; verla, experimentarla, sentirla. Poder elegir cómo consumimos. En definitiva, otra vez, la búsqueda de la libertad. Creo que desde esta búsqueda propia motivamos y generamos la búsqueda en nuestros pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Zygmunt Baumann, *Mundo consumo*. Ed. Paidós 2011.

Al fin amanece- historias sobre adicciones. Ediciones Intramed.

Fabián Naparstek y col., *Introducción a la clínica con toxicomanías y alcoholismo I y II*. Grama ediciones, 2010.

Freud, *El malestar en la cultura*, 1930.

Erich Fromm, *El arte de amar*. Ed. Paidós 1970.

Erich Fromm, *La condición humana actual*. Ed. Paidós 2009.

Pronap 8, módulo 2.

Carlos Damín, artículo *Abuso de sustancias psicoactivas, un problema de salud Pública*



FLORENCIA INÉS MAZZEO
 Psicóloga, Jefa de residentes de Prevención
 y Asistencia de las Adicciones, Hospital de
 Clínicas N. Pte. Avellaneda, periodo 2016-2017.
mazzeoflorescia@gmail.com

— Foto: Luciana Sendin

Psicosis y adicciones



RESUMEN :: En el siguiente trabajo intentaré transmitir mi experiencia con un paciente con consumo problemático de sustancias psicoactivas y de estructura Psicótica; los interrogantes y dificultades en relación al tratamiento y algunas estrategias que pude ir pensando e implementando para sortearlas. Considero importante remarcar que estas estrategias tuvieron como eje fundamental el armado de una red de trabajo con múltiples actores, intentando cuestionar así la idea de “para tal paciente tal servicio” o “psicóticos por un lado, adictos por el otro”

PALABRAS CLAVE :: Adicciones, Instituciones, alojamiento, lazo, red

PSYCHOSIS AND ADDICTIONS

ABSTRACT :: In the following work I will try to transmit my experience with a patient with problematic use of psychoactive substances and Psychotic structure; the questions and difficulties in relation to the treatment and some strategies that I could go thinking and implementing to sort them out. I consider it important to point out that these strategies had as their fundamental axis the creation of a network of work with multiple actors, trying to question the idea of “for such a patient” or “psychotics on the one hand, addicted to the other”

KEY WORDS :: Addictions, Institutions, Housing, Loop, Network



INTRODUCCION

Para trabajar con pacientes con problemas de consumo, es preciso tener en cuenta el lugar que el tóxico ocupa en cada estructura psíquica (estructura psicótica, neurótica, etc.), ya que hayamos que en el consumo compulsivo de sustancias habría una solución paradójica a una determinada problemática. Sylvie Le Poulichet (1991) pone de relieve el concepto de Pharmakon, rescatado por Derrida (1975) en "La farmacia de Platón", término utilizado por los griegos que significa por un lado remedio y por otro veneno. Esta autora señala que con el consumo de sustancia, en algunos casos, se suplía una problemática que de no hacerlo desestructuraría al sujeto. En cada estructura psíquica la función que ocupa la sustancia es diversa, por lo que nuestras intervenciones en cada caso no serán las mismas. De esta manera mi trabajo se enfocó más en el sujeto que en la sustancia en sí. Esta perspectiva pone en cuestión aquellas prácticas y discursos que se orientan hacia una lógica más prohibicionista ya que, en algunos casos, la abstinencia repentina sin cuidados médicos y compensación farmacológica puede inducir a brotes psicóticos e intentos de suicidios.

Por otro lado, en la presentación de estos pacientes surge generalmente una dificultad, porque hay en la operación del tóxico, una borradura del sujeto, nos encontramos así con pacientes muchas veces sin síntomas, con escasa o nula demanda de tratamiento.

Nuestra práctica se topa así con encrucijadas, agujeros, con los cuales algo habrá que saber hacer.

El caso clínico que desarrollaré a continuación intenta reflejar el proceso con un paciente, donde se ponen en juego algunas de estas cuestiones.

Al ser un paciente que atendí en distintos dispositivos, separaré este proceso en distintas etapas del mismo.

1ERA. ETAPA: EL ALOJAMIENTO

El paciente D. tiene 23 años y presenta consumo problemático de pasta base. Asistió a la escuela hasta sexto grado sin lograr aprender a leer y escribir. Trabaja eventualmente como vendedor ambulante y vive en la casa de su abuela materna, con tíos, primos, hermanos y sobrinos. Su madre tiene 49 años y no convive con el paciente. Su padre falleció hace 5 años, se había ido a vivir a Buenos Aires cuando D. tenía 6 años aproximadamente, por lo que no tenía contacto con él.

En Marzo del 2015 asiste a admisión, en el Servicio Prevención Y Asistencia De las Adicciones del Hospital Avellaneda. Allí me refiere que lo mandan del Patronato de liberados y que está bajo la figura de *probation* por parte de la justicia

debido a una causa por robo cuando era menor. Manifiesta que comenzó con consumo de Marihuana a los 12 o 13 años siguiendo después con cocaína y pasta base. Dice: "tenía rencor con mi mamá porque se había ido", "mi tía Cristina es con la única que me llevo bien, que confío". Al preguntarle nuevamente por la madre refiere: "si pienso, no quedan palabras, rencor". Continúa diciendo en la entrevista que intentó quitarse la vida dos veces: "me he puesto a pensar tonteras, me he querido ahorcar con alambre, después han ido mi tía y me han hablado".

En el discurso de la madre se observan datos confusos, edades que no coinciden, un relato desordenado, pareciera estar todo mezclado. En cuanto a Daniel, observo ciertos huecos en el relato de su familia, se queda sin palabras. Responde a mis preguntas pero de manera muy acotada.

En ese momento se encontraba muy adelgazado, con consumo diario de pasta base, de 20 a 40 papeles, refiere que a veces le dan ganas de matarse, pero no logra expresarse en esto.

Decido citarlo dos veces por semana, de manera que se vaya instaurando un lazo conmigo y con el servicio. Me interesaba que el pudiese ubicar un Otro dispuesto y disponible. Las entrevistas eran breves, no traía mucho material, si una queja sobre que no podía dejar de consumir. Considerando el compromiso orgánico que presentaba por el consumo de sustancia realizo interconsulta con psiquiatría y lo deriva al grupo de desayuno, con el mismo fin de generar cierto alojamiento. Sin embargo nada de esto logra sostenerse, D. no tomaba la medicación, asistía esporádicamente al desayuno y el nivel de consumo continuaba.

Teniendo en cuenta los antecedentes de intentos de suicidio, la dificultad de sostener el tratamiento y los pocos recursos simbólicos que presentaba, considero que el paciente se encontraba en riesgo y le sugiero internarse en el centro Las Moritas. El acepta y refiere "ando bajoneado, a veces me dan ganas de matarme", "me quiero levantar, ver si puedo salir adelante, dejando de consumir me voy a sentir mucho mejor, quiero ver si puedo seguir de otra manera"

Este momento coincide, por otro lado, con mi inicio de rotación en centro Las Moritas

2DA. ETAPA. LA INVENCION DE UN LAZO

Realizo la admisión al paciente en las Moritas y en este periodo refiere: "ando muy tirado, nadie me da pelota, estoy solo, pensando ¿por qué tengo que estar así?... sin bañarme, sin vestimenta, sin una chica a la par", "dejando de consumir me voy a sentir mucho mejor, haciendo actividades, tener la mente ocupada, hablar con alguien", "pienso de las dos maneras, no fumar para tener para comer, poder hacer un montón de cosas y fumar".

Al considerar junto al equipo que posee criterios para ingresar se coordina la realización de una desintoxicación en el servicio de adicciones del Hospital Avellaneda días antes de su fecha de internación en el centro.

D. ingresa a las Moritas. Y algo se produce frente a la ausencia del tóxico. Nuevos elementos aparecen en las entrevistas.

Dirá por ejemplo “no hay que confiar en nadie, pienso que pueden querer hacerse los pícaros conmigo”. “Mi tía es con la única que me llevo bien, que confío”, “por cualquier cosa ya reniego, digo *eh! ¿Qué me miras?*”, “me dicen mirá cómo anda...todo el día anda así drogado”, “me mandan a descarrilarme” en otra entrevista refiere: “me duele toda la mente, adentro, por lo que estoy pensando muchas cosas, las cosas que estoy haciendo mal, ando pidiendo, manguendo, pienso que quiero salir adelante, tener una vida nueva”. El paciente, al no disponer de la sustancia para suplir su problemática, ésta toma visibilidad bajo ideas paranoides y fenómenos en el cuerpo.

Al observar la trayectoria particular de D. en esta institución se destaca en primer lugar el cumplimiento hacia las normas generales de convivencia, pautas médicas, asistencia a los dispositivos grupales, como huerta, gimnasia, taller audiovisual, y educación primaria brindada en el centro a través de la modalidad de educación en contexto de encierro.

Durante los permisos que se le otorgaron para salir, en pocas oportunidades realizó consumo de pasta base, logrando en su mayoría limitarse al consumo de marihuana. Al indagar en las entrevistas sobre estos episodios de consumo refiere que había escuchado voces que le decían que consuma. Se comienza por lo tanto a indagar más sobre esto y manifiesta que a veces estas voces también le ordenan matarse. Refiere: “No sé qué me vino a la mente, no tengo palabra para decir, corte que alguien me decía consumí, consumí”. Le pregunto sobre esa voz, responde que se trataba de la voz de una persona, de un varón.

A estas alucinaciones auditivas comienzan a sumarse alucinaciones cenestesias refiere por ejemplo, que tiene una cosa caliente que le baja y se señala el cuello.

SOBRE EL DIAGNOSTICO Y LA DIRECCIÓN DEL TRATAMIENTO

En relación al diagnóstico del paciente considero que se trataba de una estructura psicótica y que lo que se estaba jugando allí eran fenómenos elementales. Elida Fernandez (1999) indica que “*el fenómeno elemental es aquello que rompe con cierta continuidad de la personalidad, aquello que viene de afuera y constituye el fenómeno psicótico*”, “*tiene como característica ser una intrusión del pensamiento o del habla, dentro de la locomoción, dentro del funcionamiento normal de los órganos, del cuerpo, del organismo, algo irrumpe de*

pronto y aparece como totalmente intrusivo”, “*lo que produce en el momento de esa aparición es perplejidad*” (p 28, p 29). Y agrega también que cuando el psicótico no puede apelar al delirio, puede refugiarse en un cuerpo de cera, transformándose en un muñeco moldeable o apelar al encierro feroz, a ser todo él, un agujero, un desaparecido.

Daniel dice que la madre se va y frente a esto se queda sin palabras, no hace cadena. Se le presentan voces intrusivas que le dicen consumí, matate.

Las tonterías que él piensa como él las llama son órdenes, pienso y me ahorco, hay una inmediatez absoluta, él acata estas órdenes. Por lo tanto, considero necesario introducir alguna mediación y cuestiono a D. acerca de qué le podría decir a esas voces cuando aparecen, intento sacarles consistencia, qué pasaría si él no les hiciera caso, qué otra cosa podía hacer.

Se intervino también, desde lo imaginario, en la localización de algún elemento en la familia que él pudiera tomar. Ser albañil como el tío, por ejemplo.

Daniel trae a las entrevistas diferentes fenómenos a nivel del cuerpo, “la pierna se me traba”, refiere que “tiene acidez y necesita comer algo dulce”, “siente que alguien le aprieta el cuerpo”. Pregunta frecuentemente cómo lo veo, a lo cual en determinadas ocasiones le respondo. Dedicar tiempo a su vez para decirme cómo lo ven los demás, cómo se ve él mismo. Al decir de Elida Fernandez “*mirada y voz cosificados se ponen en juego en esta apuesta con el psicótico, siendo el analista el depositario de este objeto, con el que se debe hacer algo, mira, y decir que miramos*”. La autora plantea intentar tamizar mirada y voz del gran Otro, con la mirada miope y la voz entrecortada de un pequeño otro, un semejante, “amigo”, secretario y testigo. “*El psicótico es hablado y mirado por el Otro. También se ofrece a ser mirado y hablado por nosotros, esto es lo que se decide cada vez*” (Elida Fernandez ,1999, cap 9, p 146)

En la psicosis nos encontramos con la regresión al estadio del espejo. Lacan (1966) describe en este estadio la formación del Yo a través del proceso de identificación: el Yo es el resultado de identificarse con la propia imagen especular (se refiere al reflejo del propio cuerpo en el espejo, a la imagen de uno mismo que es simultáneamente uno mismo y otro). La clave de este fenómeno está en el carácter prematuro de la cría humana: a los seis meses, el bebé carece todavía de coordinación. No obstante, su sistema visual está relativamente avanzado, lo que significa que puede reconocerse en el espejo antes de haber alcanzado el control de sus movimientos corporales. En el estadio del espejo el infante ve su reflejo en el espejo como una totalidad, como un todo/síntesis (gestalt), en contraste con la falta de coordinación del cuerpo real. El espejo da una forma, es decir la captura por el ojo, enmarca, circunscribe lo uniforme, esa imagen es ya el yo que se constituye en el espejo, que es el otro. Sin embargo esto siempre es fallido, aquel primer momento, de incoordinación, de falta de armonía, de gestalt irrumpe. Elida Fernandez (1999; p139) sostiene que:

“en la esquizofrenia se produce una regresión tópica a este primer momento del estadio, llamado primer narcisismo, donde no habría una constitución del cuerpo como propio”.

Considero que la sustancia en este caso, viene a cumplir la función de hacer un cuerpo extraño mediante la incorporación de un tóxico, auto engendramiento de un cuerpo con el que quisiera recomponer sus propios bordes. Siguiendo a Sylvie Le Poulichet (1991), la operación del pharmakon intenta organizar un circuito cerrado que de algún modo pretendería *“tapar los orificios para la invasión de un Otro no castrado”* *“Se produce una suplencia narcisista, estas son formaciones que pueden prestar algo de cuerpo a ciertos sujetos psicóticos”*

Considero por otro lado que esta operación fracasa cuando Daniel intenta ahorcarse, cierto narcisismo ya no es conservado por esta operación.

Por otro lado, en el discurso del paciente se podrían ubicar dos puntos en los cuales se encuentra "dos maneras de pensar" dice Daniel. Por un lado, es el despojo del Otro, la madre se va y él se queda sin palabras, aparece el acto como algo inmediato intentando ahorcarse. Y por el otro tenemos su desconfianza. D. *“tendría que decidir”* entre el despojo del otro y la invasión del Otro. En supervisión me sugieren ayudarlo a elegir por la segunda, la desconfianza. Miller plantea que es imposible ser alguien sin ser paranoico. *“La paranoia es consustancial al lazo social. Está presente y activa desde el estadio del espejo, matriz de lo imaginario. Y continúa afirmando que “es la paranoia a la vez extensa y atemperada, la paranoia que estabiliza, que unifica, y que densifica la instancia que el psicoanálisis define como el yo. Sin esta paranoia, el yo no sería sino un batiburrillo de identificaciones imaginarias”* (MILLER, J.A. « La salvación por los desechos?, El Psicoanálisis, Revista de la Escuela Lacaniana de Psicoanálisis, N° 16, 2009, Barcelona, España).

Es decir que aunque D. *“desconfía”*, esto le otorga un cierto lugar en relación al Otro, contrario al despojo y al abandono. Lugar que aunque paranoico posibilitaría algún lazo. En el caso de la psicosis lo que está afectado es justamente el lazo social, en las psicosis no hay inscripción del significante de la falta y esto es precisamente lo que ubica a los psicóticos fuera de discurso y los exilia de las dialécticas del lenguaje y de las relaciones con los otros. Por lo tanto lo que se nos abre aquí es la tarea de inventar un lazo, rescatando en este caso el aspecto socializante de la paranoia.

La imagen que le vuelve a D. es la mirada del Otro en el espejo, pudiendo ser tierna u horrorosa. Considero que transferencialmente, D. no me coloca en el lugar del enemigo, siendo más amorosa la mirada que de mí, le vuelve. Pidiendo tener entrevistas, mostrándose predispuesto en éstas y teniendo confianza para contarme sobre que le va aconteciendo.

En las entrevistas del paciente se empieza a vislumbrar, el armado de cierto lazo social y un mayor armado imaginario. Las voces comienzan a ceder, como así también el consumo.

Refiere: *“Ahora los chicos me abrazan, me dicen que bien que se te ve, mi primo me va a llevar a trabajar, lo de la base ya no lo tengo en la cabeza, ya era eso para mí, estoy bien fortalecido, voy a trabajar, comprar ropa, ellos me quieren ver bien”.*

En el tratamiento se intentará acompañar a D. hacia una suplencia diferente a lo conseguido por el tóxico, ya que el tóxico aunque brinda una solución, un remedio, es veneno a la vez. De ahí la función paradójica del Pharmakon. Daniel se sirve mucho de lo imaginario, que los demás lo vean bien, a él lo ordena, lo tranquiliza. Y el consumo le devuelve una imagen de la cual el se queja *“ ando muy tirado, nadie me da pelota, estoy solo, pensando por que tengo que estar así... sin bañarme, sin vestimenta, sin una chica a la par”*, el ser que ocupa a través del tóxico es mortífero para él. En una entrevista Daniel refiere sobre su ingreso a las Moritas: *“antes me descartaban, no me querían, cada día estoy más contento, pienso que hay gente que me quiere ver bien y con más razón me levanto, estoy con todas las pilas para quedarme”*

Llegado el momento de terminar mi rotación por las Moritas, derivo a D. a otra Psicóloga de allí, quien luego de unos meses le da el alta terapéutica. El paciente realiza de este modo, una internación de 6 meses.

3ERA. ETAPA: ENCRUCIJADAS

Cuando al paciente se le da el alta en las Moritas, se realiza la derivación al servicio de adicciones del Avellaneda, para que continúe tratamiento ambulatorio. La madre también inicia allí tratamiento psicológico y farmacológico. Sin embargo, D. comienza a referir que la medicación le hace mal y deja de tomarla, falta a los turnos con su psicólogo y comienza nuevamente con el consumo de pasta base, hasta finalmente abandonar el tratamiento. Me pregunto *¿cómo fue creado el lazo con el afuera cuando le dieron el alta a D.?* Lo que se había armado en la Moritas parecía haberse destejido. En esta situación me encuentro cuando vuelvo al servicio de adicciones luego de mi rotación electiva. Hacía ya un mes que el paciente había dejado el tratamiento. Al encontrarme con su madre en el servicio, solicito entrevistarla y escuchar su opinión sobre lo que le ocurría a D. Ésta refiere que había vuelto a consumir pasta base, deambulaba todas las noches y se negaba a ir al hospital. Le remarco la importancia de que D. pueda continuar con el tratamiento y del papel fundamental que tiene ella en el acompañamiento del mismo. Sin embargo esto no tiene efectos y el paciente continúa sin asistir.

Decido ponerme en contacto con el CAPS de su zona, para informar de la situación y pedir su intervención en el caso. La psicóloga de allí entrevista al paciente, le manifiesta que lo estábamos esperando en el servicio y le da un turno conmigo.

De esta manera recibo nuevamente a D. Pero qué dirección se debía tomar en este momento particular? *¿Debía apostar*

al tratamiento ambulatorio, reforzar el sostén familiar y armar una red con la comunidad?, ¿internarlo?, ¿Dónde sería esta internación, nuevamente en las Moritas, el Hospital Obarrio? En las entrevistas lo observo desorganizado, refiere que consume desde las 4 de la tarde hasta las 4 de la mañana, se muestra ansioso, pudiendo permanecer apenas unos cuantos minutos, adelgazado, y sin ganas de hablar. Sin embargo, lo que logra enunciar es que quiere internarse. Decido conversar el caso con la psicóloga de las Moritas. Acordamos realizar una nueva internación. A partir de ese momento comenzamos a pensar, además, en qué consistiría esa internación, el tiempo aproximado y algo fundamental: cómo se realizaría el alta, a dónde continuaría tratamiento.

En esta etapa las intervenciones consistieron en crear las condiciones para que un tratamiento sea posible. Trabajando, por ejemplo con la madre, quien presentaba grandes dificultades para alojar a este hijo, se intentó entrevistar a la tía de D. pero sin éxito. Nos encontrábamos sin una red familiar que pudiera sostener a D.

Recurro nuevamente al CAPS. En una reunión con la psicóloga de allí, se delinean diferentes intervenciones, en primer lugar con la familia, ella realizaría visitas al domicilio. Se busca que el CAPS pueda ubicarse como un lugar de referencia más en el tratamiento de D. y colabore en el armado de un sostén familiar y social. Se abre la posibilidad de integrarlo en una Escuela de Oficio que dispone el barrio. Esto podría ser iniciado durante los permisos de salida que tendría en las Moritas dándole una continuidad cuando se de el alta. La administración de la medicación fue también otro de los temas que se consideró en esta reunión ya que es un elemento imprescindible en la estabilización del paciente.

La pregunta en relación al alta de las Moritas continúa insistiendo, ¿podría D. sostener un tratamiento ambulatorio aún creándose circuitos en la familia y en el barrio? ¿Con qué otros recursos del sistema podríamos contar? Aparece así una nueva opción, el hospital de Día. Acordamos así una reu-

nión entre la psicóloga de las Moritas, una psicóloga del Hospital de Día y yo para poder pensar juntas esta posibilidad.

CONCLUSION

Cuando pienso en el trabajo con este paciente, se me presenta el concepto del nudo borromeo. Lacan (1979) toma esta idea de una familia nobiliaria italiana apellidada Borromi, aquellas familias se unían y, si una se alejaba, la alianza quedaba rota. A través del nudo borromeo este lema quedaba escrito. Si una de estas familias se alejaba, todo el nudo se rompía y habría que crear una nueva alianza, ya que las otras dos familias no quedaban unidas. El nudo borromeo marca agujeros, los agujeros del nudo. Es decir, el nudo no sólo como atadura sino como agujeros. Por medio del nudo se ordenan los agujeros. Pienso los agujeros como las dificultades con las que nos encontramos en nuestra práctica, y nos causa, nos relanza a la búsqueda, a la creatividad. Y al trabajo con otros, como esa alianza que anuda y bordea el agujero. *“Se trata de ubicar la tarea como búsqueda, porque nos equivocamos, porque no alcanzamos lo que buscamos, seguimos trabajando”* (Graciela Jasiner, 2007, p.160).

Esto está ligado a su vez con el deseo del analista, que no es querer el “bien del paciente” no tiene que ver con los ideales, ni lo normativo tampoco, sino en poner el cuerpo, soportar la angustia de la incertidumbre, generando condiciones que posibiliten sacar al paciente de ese lugar de objeto.

“No podemos esperar que un sujeto psicótico venga al hospital con una pregunta acerca de su inconsciente, ni que tenga la más remota idea de porqué lo internamos o porqué en consultorios externos él tiene que volver. No hay deseo inconsciente que lo haga retornar; hay si palabra y presencia del analista. [...] el deseo en un primer momento lo pone el analista; y luego también, pero ya no solo” Elida Fernández (2005 p.25).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Servicio que se encuentra en un Hospital general y brinda atención ambulatoria. Sede de la Residencia en Prevención y Asistencia de las Adicciones del Si.Pro.Sa
2. Centro residencial de rehabilitación y re-insersión social para pacientes con consumo problemático de sustancias psicoactivas, con un formato de tratamiento en comunidad.
3. Hospital monovalente de adultos varones.

&

CADÁVER EXQUISITO

SILVIA MÓNICA GIANNI

GABRIEL ROLÓN

ADRIANA V. BULACIA

JOSÉ CAPECE

— Foto: Luciana Sendin

Consumos



1

¿Qué factores cree que propician el consumo y qué aspectos es imprescindible considerar al momento de evaluar la problemática?

2

¿Qué actores considera que deberían intervenir frente al consumo problemático?

3

¿Desde qué tipo de prácticas o estrategias considera que debe ser abordada la temática?

01

Silvia Mónica Gianni

Lic. en Trabajo Social (Universidad de Buenos Aires). Especialista en Gestión en Salud (Universidad Nacional de Lanús). Maestranda de Maestría en Salud Mental Comunitaria (Universidad Nacional de Lanús). Integrante del Área Investigación del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte.

Para comenzar considero necesario hablar de consumos, en plural, en lugar de consumo en singular, a los fines de poder abarcar las diferentes expresiones de este tema, que lo pienso como un problema complejo.

Si bien atraviesa diferentes momentos históricos, clases sociales, territorios, etc. (y esto está dicho innumerables veces) su forma de presentación actual es muy diferente a 20 años atrás, se expresa con distinta modalidad en territorios de relegación que en espacios con necesidades básicas resueltas, es leído y explicado por los medios de comunicación vinculado a otros temas que los que esos medios vinculaban en otros momentos históricos, la población tiene una alarma distinta según sean las sustancias... y así podemos continuar destacando todo lo que se puede desagregar –y considero fundamental hacerlo- de los **términos** consumo, consumos, consumo problemático, intenso, etc.

La categoría “problema complejo” nos permite incluir e integrar diferentes aspectos, miradas, modos de pensar un problema que ha sido históricamente disputado por las distintas disciplinas y sectores (salud, justicia, educación, fe religiosa, política) a los fines de hegemonizar una explicación y una respuesta.

Los problemas simples pueden tener respuestas simples, pero ante los problemas complejos es fundamental que estemos advertidos de que ninguna disciplina ni sector puede capturar por sí solo la complejidad del problema.

Existen modelos que han impregnado el modo de ver y explicar los consumos de sustancias psicoactivas (modelo sanitario, ético jurídico, psicosocial, sociocultural, geopolítico) y han orientado las búsquedas de respuesta en la población según las hegemonías en tiempo y lugar. Estos modelos siguen vigentes en las construcciones simbólicas y así se sigue asociando el consumo de drogas con el delito, con el contagio, con problemas exclusivamente del sujeto o familiares, de la estructura social, etc.

Se sigue pensando en términos de causa-efecto a pesar de que se defina como problema complejo.

Del mismo modo, existe una cantidad de personas que abandonarán su consumo problemático sin recurrir a instituciones de salud, y estarán involucradas otras instancias en su recorrido de búsqueda de atención.

Otras personas caracterizarán su consumo de drogas como un problema de salud y recurrirán a nuestras instituciones.

Hecha esta introducción, creo que estaría en condiciones ahora de exponer algunas cuestiones **desde lo social**, que darían la condición de posibilidad de la emergencia de un

consumo problemático, con las que me encontré en mi experiencia de más de 30 años en este tema, trabajando en un Hospital Público especializado en consumos problemáticos, subrayando las más actuales, producto de 2 investigaciones y de trabajo en campo desde el dispositivo de Atención Primaria, sesgada por innumerables cuestiones personales, profesionales, de conocimiento, etc, especialmente por:

La experiencia profesional exclusivamente en zonas de relegación, villas de emergencia;

La profesión - trabajadora social;

La formación y posición en el marco de la Salud Colectiva, Salud Mental Comunitaria.

En los territorios de relegación, el consumo de drogas comenzó a ser un problema para la población a partir de los años '90s. (Gianni 2008)

Pasó de ser un consumo esporádico a uno permanente y generalizado, con una modificación en la accesibilidad de las sustancias, las que se hallaban más disponibles que anteriormente y con un paso de sustancias más benignas a más dañinas. También el trabajo, o más bien la desocupación, resultó un problema generalizado a partir de esos años.

Auyero (2001) ha estudiado la experiencia de los habitantes de las villas de emergencia, del paso de vivir en un lugar con alta densidad organizativa y niveles de movilización política, con la vivencia de comunidad, con una práctica de resolución de los problemas de la villa de modo colectivo a una situación de desertificación organizativa, bajos niveles de movilización política, vivido como amenaza, vacío, en donde los problemas se resuelven (o no) de modo individual.

Lazo social enfriado, quebrado, deshilachado, Estado de bienestar en retroceso, mercantilización de la política, resultaron factores asociados en distintos momentos históricos con la emergencia de diferentes modos de resolución de problemas de la vida en condiciones límite a través de consumos de distinto orden. Esta afirmación se basa tanto en los relatos de los usuarios y referentes barriales como en los efectos positivos en los intentos de organizaciones de desocupados o cartoneros, que tuvieron como resultados a algunos de sus miembros que abandonaban el consumo de drogas al tener responsabilidades en sus organizaciones, encontrando un sentido al hacer.

La inclusión en organizaciones, sean estas políticas, sindicales, religiosas, etc, es destacada por sus miembros y allegados como importante motivación para la disminución de los consumos.

Por lo expresado anteriormente podemos convenir en que el factor económico resultaría escaso para explicar el desempleo. Se trata de una combinación que alude al lazo social que se imbrica en el modo en que se procesan, tratan y resuelven las tensiones sociales y los problemas económicos, posibilitando o no el ponerse de pie o entregarse a un refugio individual. Considero que tal como refiere Gastão Campos (2001), desde el sector salud debemos trabajar teniendo como horizonte la ampliación del coeficiente de autonomía de los pacientes, lo

que posibilita el despliegue organizativo y la búsqueda de respuestas a los problemas, por lo que creo que debe incluirse regularmente el trabajo sobre la participación social y la inclusión en espacios de socialización.

Creo que es pertinente que intervengan en red los actores y sectores que se evalúe, faciliten la inclusión social y la autonomía, desespecializando la escucha y acción desde esos actores, para desandar las identificaciones y estigmas en relación a los consumos.

02

Gabriel Rolón

Psicólogo Social - Operador en Salud Mental y Adicciones- Estudiante de Cs. de la Educación. Coordinador de Centro Juvenil La Rana- Municipalidad de Gral. San Martín. Coordinador en Programa Socioeducativo CAI de la Escuela Primaria Nro. 63, Villa Ballester- Gral. San Martín.

¿Qué factores cree que propician el consumo y qué aspectos es imprescindible considerar al evaluar la problemática?

Los factores que propician el consumo se pueden pensar en dos niveles, ambos interrelacionados. Por un lado, no podemos ignorar que estamos inmersos en un sistema capitalista que propone una cultura del consumo en todas sus posibles expresiones. No es menor tener en cuenta esto, ya que, se consume para “pertenecer” a este sistema social y económico, o bien, para morigerar el malestar que genera la marginación y la exclusión cuando “no se pertenece”.

Por otro lado, son sustanciales los factores aparejados al contexto social, económico, familiar e histórico de cada sujeto y su comunidad. En efecto, resulta peligroso estandarizar o generalizar sobre la causación en el consumo, ya que, hay que atender a las variables que aparecen con la singularidad de cada individuo in situ. Ahora bien, podemos decir que, en muchas ocasiones, una causa común que aparece en las personas más permeables ante un consumo problemático es la ausencia de proyectos de vida, y los factores que los conforman, entiéndase: objetivos, tareas que ordenan y humanizan, motivaciones, capacidad de proyección, amor y cuidado por sí mismo y por otros, etcétera.

Creo que es imprescindible considerar al sujeto en su entorno y pensarlo desde un enfoque relacional y dinámico, dotando de especial protagonismo a la persona más que a la sustancia u objeto de consumo. Es interesante analizar la configuración de los lazos sociales que contienen y sostienen al individuo, y en ese sentido, la ruptura del lazo social sería un indicador clave que expresa muchas veces la presencia de un mayor compromiso que se establece con el consumo.

Al evaluar la problemática es importante abordar sin invadir, construir una estrategia posible, respetando los tiempos y necesidades de cada persona, favoreciendo prácticas subjetivantes, siempre mediadas por un trato digno, desde una mirada amplia que supere su “ser sujeto enfermo” y habilite su “ser sujeto de derechos”.

¿Qué actores considera que deberían intervenir frente al consumo problemático?

El Estado (a través de políticas eficientes y efectores de salud, educación y desarrollo social, entre otros) y la comunidad toda, articuladamente.

Debemos poder materializar el concepto de co-responsabilidad. En la medida de que la persona así lo desee y necesite, deberíamos poder trabajar interdisciplinariamente e interinstitucionalmente, en pos de acompañar de manera integral e integrada estas situaciones complejas. Se requiere intervenir desde el vínculo, generando espacios amigables y de confianza, en donde la persona se afiance y pueda participar con pertenencia, protagonizando un proceso resiliente. Esforzarnos con la paciencia y empatía necesarias, sin caer en la subestimación ni victimización del sujeto, sino colaborando en descubrir y potenciar todas las capacidades y habilidades que ya le pertenecen. Son vidas e historias que ya acontecen, no comienzan a partir de nuestra intervención. Pero pensar en equipo es fundamental, de manera ampliada, incorporar referentes comunitarios significativos, generar un diálogo permanente entre el saber académico y popular.

¿Desde qué tipo de prácticas o estrategias considera que debe ser abordada la temática?

No sé si hay certezas en cuanto a la metodología o tipo de prácticas, pero sí apuesto a un abordaje inespecífico, profesional y comunitario que atienda a las circunstancias puntuales de cada sujeto en contexto. Las estrategias de prevención a través de espacios que den sentido y reivindiquen a las comunidades son muy importantes, ya que facilitan la participación en proyectos colectivos y personales.

Pensar la temática como evidencia de fenómenos que exceden razones estrictamente médicas, sino que más bien expresan problemáticas sociales altamente complejas. Por ello necesitamos diagnosticarlas y construir políticas públicas expresadas a

través de proyectos e instituciones que inviten a que los sujetos sean protagonistas en procesos de transformación y mejora en la calidad de vida. En este sentido, es fundamental la escucha, correrse del escritorio y aproximarnos al territorio, entender que no hay un solo modo de detectar un fenómeno. Porque muchas veces, desde la buena voluntad de quienes diseñamos una estrategia de intervención no tenemos en cuenta las complejidades en que navegan las personas, a veces, en mundos que poco tienen que ver con nosotros.

Por ello, cada estrategia deberá poder adaptarse a tiempos y procesos que se corran de lo protocolar o esperable. Es entonces que creo en la espera como un acto de amor, como modo de entramado y de dar cabida a otros tiempos que no son propios.

En la planificación estratégica creo que podemos enseñar y aprender, así como facilitar espacios de encuentro, donde podamos invitarnos formalmente a desautomatizar, a desa-

prender, a descreer, a cuestionar los discursos armados, a no quedarnos con una constitución final y acabada de agentes de salud. Dar lugar a otros discursos más abarcativos para contener-nos. Es sumamente nutritivo interpelar e interpelarnos, poniendo en tensión nuestras prácticas cuando la realidad así lo exija.

También es importante mirar otros signos e indicadores que vislumbran por donde encausar ¿nuestra? “estrategia”, y esos signos nos los brindan las personas mismas, quienes conocen mejor que nosotros sus deseos y necesidades. Es por eso que es más adecuado hablar de “la estrategia” como un plan construido de manera colectiva.

Por último, creo que las instituciones deberíamos pensar en mejorar también el rendimiento afectivo, siendo más accesibles y amigables, tejer otros lazos y vínculos con la comunidad en una búsqueda conjunta y superadora que contemple resoluciones alternativas frente al consumo problemático.

03

Adriana V. Bulacia

Médica Psiquiatra. División Toxicología Hospital Fernández. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Docente adscripta Departamento de Psiquiatría y Salud Mental UBA.
adrianabulacia@gmail.com.ar

DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO EN EL CONTEXTO DE USO DE SUSTANCIAS

INTRODUCCION

La patología adictiva es una problemática compleja que requiere para su comprensión y abordaje, el ámbito de la salud, de la participación de diferentes disciplinas articuladas e integradas. La psiquiatría es una de ellas, juntamente con la psicología, la toxicología y el trabajo social.

La psiquiatría ha recibido en los últimos años los aportes de las neurociencias sobre los cambios neurobiológicos que subyacen a las conductas adictivas y a la psicopatología. Se pueden diferenciar efectos neuroplásticos de las sustancias en diferentes neurocircuitos, de los efectos neurotóxicos irreversibles. Los aportes de la genética y de la epigenética abonan al reconocimiento de la vulnerabilidad individual y familiar en su contexto tanto para enfermedades psiquiátricas como para el desarrollo de la drogodependencia.

La patología dual, entendida como la comorbilidad de enfermedades psiquiátricas y drogodependencia, juntamente con pacientes de diagnóstico triple (VIH-SIDA, adicción y enfermedad psiquiátrica) es cada vez más frecuente y obliga a tener en cuenta su impacto en la psicopatología y las interacciones farmacológicas.

Un problema psiquiátrico específico es que el uso de sustancias complica el diagnóstico si no se está entrenado, y aun así, existe un margen de error considerable, especialmente en la diferenciación entre trastornos inducidos y trastornos primarios.

Como ejemplo de lo universal de la dificultad Shanzaer (2006), revisó el diagnóstico realizado en 5 centros de urgencias psi-

quiátricas (Manhattan) determinando que en el seguimiento posterior, un 25% de los diagnósticos de psicosis primarias, debieron ser cambiados a psicosis inducida, y que de los diagnosticados como psicosis inducida, el 21% pasó a ser de psicosis primaria. Es decir que alrededor de la mitad de los diagnósticos fueron rectificadas.

La comorbilidad ofrece más variables a definir y considerar. La investigación creciente de las neurociencias en este campo aporta datos e hipótesis que apuntan a modelos de integración neurobiológica, donde los mismos circuitos neurales como por ejemplo el sistema de respuesta al estrés, estaría desregulado o modificado en modo similar por las patologías de ansiedad, estrés y depresión, como por el uso crónico de sustancias.

Por otra parte el uso de sustancias puede desencadenar o exacerbar desórdenes psicóticos.

Se propone este modelo de aplicación clínica tanto en el campo de la atención psiquiátrica, especialmente en el área de emergencias, donde se reconoce un creciente número de pacientes psiquiátricos que usan o abusan de sustancias; como en el campo de la asistencia de las adicciones.

OBJETIVO

Disponer de un modelo de diagnóstico psiquiátrico sistematizado basado en componentes clínicos en personas con signo-sintomatología psíquica y uso de sustancias psicoactivas.

METODOLOGIA

Se propone un cuadro de los componentes a considerar.

Cabe señalar que en la aplicación en la clínica asistencial, no todos los componentes pueden ser identificados en el corte transversal, sino que requieren la mirada diacrónica o longitudinal para ubicarlos. De igual modo la presencia o ausencia de datos correspondientes a cada componente son los que marcan la diferencia interindividual.

Para identificar estos componentes se propone el siguiente protocolo:

- 1) Valorar el uso de sustancias determinando si se trata de uso, abuso o dependencia (conductas adictivas)
- 2) En el caso de diagnosticar un trastorno por dependencia de sustancias, identificar las conductas adictivas que lo definen (craving, tipo de craving, pérdida de control en el uso, uso compulsivo, consumo a pesar del daño y vulnerabilidad a la recaída). Diferenciar consumo impulsivo de compulsivo.
- 3) Establecer el correlato neurobiológico de las conductas adictivas en el paciente, asociados a cambios neuroplásticos en diferentes circuitos cerebrales durante el uso crónico de sustancia (Sistema Cerebral de Recompensa, Sistema de Respuesta al Estrés y Sistema de la Toma de Decisiones)
- 4) Identificar factores de vulnerabilidad genética para trastornos adictivos y para enfermedades psiquiátricas
- 5) Determinar rasgos, estilos y trastornos de personalidad (Millon). Prestar atención al temperamento y a patrones biológicos de personalidad (Cloninger) para diseñar estrategias terapéuticas orientadas según la personalidad.
- 6) Evaluar funcionamiento cognitivo (corteza prefrontal y funciones ejecutivas) relacionadas con: neurodesarrollo, vinculables con vulnerabilidad para la adicción y personalidad impulsiva; cambios neuroplásticos por el uso crónico de drogas y efecto neurotóxico o neurovascular de algunas sustancias.
- 7) En el caso de presentar signos/sintomatología psiquiátrica, determinar si corresponde a:

- a. síntomas psíquicos debidos al efecto directo de las sustancias (tener en cuenta la farmacodinamia de la sustancia involucrada que determina los efectos psíquicos esperables)
 - b. síndromes psiquiátricos inducidos (entendidos como reacción cerebral con persistencia de síntomas relacionados cualitativamente con las sustancias, luego de la desaparición de la droga de la biofase)
 - c. enfermedades psiquiátricas coexistentes (comorbilidad) sin relación cualitativa con las sustancias.
- 8) Considerar aspectos médico toxicológicos (síndromes tóxicos y manifestaciones físicas de la intoxicación o la abstinencia)
 - 9) Registrar la presencia de enfermedades sistémicas y neurológicas vinculadas o no con la sintomatología, y la terapéutica farmacológica recibida por el paciente.
 - 10) Analizar posibles interacciones farmacológicas (psicofármacos-drogas de abuso-antirretrovirales-otros fármacos)
 - 11) Completar la evaluación multiaxial del DSM (estresores psicosociales y valoración del funcionamiento global).

CONCLUSIONES

La combinatoria de los componentes del diagnóstico psiquiátrico será diferente para cada paciente.

La evaluación de las resultantes sumada al diagnóstico toxicológico y a la determinación de factores psicológicos y sociales, permitirán definir el tratamiento y el dispositivo terapéutico más adecuado (ambulatorio, hospital de día, comunidad terapéutica o internación psiquiátrica).

El reconocimiento de la vulnerabilidad individual, dados por características de personalidad, genética y neurodesarrollo (lóbulo frontal) deben ser tenidas en cuenta en particular para establecer estrategias de prevención del riesgo. De igual modo, la identificación de déficits cognitivos adquiridos amerita incluir en el plan de tratamiento rehabilitación neurocognitiva y dispositivos de cuidado.

DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO EN EL CONTEXTO DE USO DE SUSTANCIAS

Enfermedades psiquiátricas	Síndromes psiquiátricos inducidos	Personalidad Estructura psíquica	Adicción a) Conductas adictivas (uso/abuso/dependencia/craving/compulsión/recaída) b) Cambios neurobiológicos (neuroplasticidad en SCR/STD/SRE)
		Carga genética Neurodesarrollo	
	Efectos psíquicos de la intoxicación-abstinencia	Manifestaciones físicas de la intoxicación/ Abstinencia (toxidromes)	Neurotoxicidad
		Interacciones farmacológicas Drogas de abuso- psicofármacos -antirretrovirales-otros	Enfermedades Sistémicas y neurológicas

Estresores y entorno psicosociales

Funcionamiento global

Adriana Bulacia 2015

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Volkow N, Kalivas P. The Neural Basis of Addiction: A Pathology of Motivation and Choice. *Am J Psychiatry* 2005; 162:1403-1413
- 2) Koob G. The neurobiology of addiction: a neuroadaptational view relevant for diagnosis. *Addiction*, 2006; 101(Suppl. 1), 23-30.
- 3) Bechara A. Decision making, impulse control and loss of willpower to resist drugs a neurocognitive

perspective. *Nature neuroscience* 2005; 8(11):1458-1463.

- 4) Kreek MJ. Genetic influences on impulsivity, risk taking, stress responsivity and vulnerability to drug abuse and addiction. *Nature neuroscience* 2005; 8(11):1450-1457.
- 5) Orengo Caus T. Cloninger's psychobiological model in opiate dependent individuals. *Trastornos Adictivos*. 2007;9(2):108-15

6) Koob G, Volkow N. Neurocircuitry of Addiction. *Neuropsychopharmacology Reviews* 2010;35:217-238.

7) Lingford-Hughes AR, Welch S, Peters L, Nutt D. Evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance abuse, harmful use, addiction and comorbidity: recommendations from BAP. *J Psychopharmacol* published online 23 May 2012. <http://jop.sagepub.com/content/early/2012/05/15/0269881112444324>.

04

José Capece

Médico Psiquiatra. Docente autorizado UBA.
jcapece@intramed.net

¿Qué factores cree que propician el consumo y qué aspectos es imprescindible considerar al momento de evaluar la problemática?

Primero, es importante tener presente que el recorte que uno hace es desde el sesgo del pensamiento científico del médico, lo cual implica una escala de valores. Es importante saber desde dónde uno está parado para tener una lógica y una conciencia de la situación desde la práctica de uno.

Los consumos siempre han existido, pero es en la modernidad donde pasan a ser un problema sanitario y de salud pública, es decir, donde adquieren características epidémicas. Y eso tiene que ver con el sistema y la cultura moderna (desde el siglo XVIII), como la epidemia de alcoholismo en Inglaterra con la revolución industrial, con el capitalismo y el materialismo. Es decir, las variables socioculturales que hacen al consumismo como propuesta y como variable epidemiológica.

Como variable externa debemos considerar la disposición o la disponibilidad de objetos de consumo. Ya sea de sustancias psicoactivas capaces de generar mecanismos de neuroadaptación y refuerzos sobre el sistema nervioso central. Por ejemplo, para hacerse adicto a opiáceos hay que tener disponibilidad, como en el caso de los anestésicos, a diferencia de lo que sucede con los chicos de la villa. En cambio, y a diferencia de lo que sucede en Argentina, encontramos que la heroína pasa a ser un fenómeno epidemiológicamente relevante en los países del este europeo luego de la caída del muro de Berlín... es decir, tras la aparición de su disponibilidad. Otra variable externa es el estrés psicosocial y determinados momentos históricos que se asocian a crisis vitales.

También están las variables del sujeto desde las más endógenas como las genéticas (como en el alcoholismo o la adicción a los opiáceos) y las psicopatológicas, a otras como crisis vitales que lo vulneran al individuo, y las variables familiares productoras de psicopatología.

En relación a la evaluación de la problemática, debemos considerar las incumbencias profesionales. ¿Quién está evaluando?

Así, por ejemplo, se espera que en el caso de un psiquiatra al menos conozca la información que provee el pensamiento científico, como las herramientas para establecer un diagnóstico desde lo toxicológico y lo psicopatológico, más allá de la identificación de variables que hacen a la red social del sujeto. Esos son los ejes básicos para organizar la información en la evaluación de una determinada situación.

¿Qué actores considera que deberían intervenir frente al consumo problemático?

Es un problema social complejo, y es por lo tanto incumbencia de toda la sociedad. Pero aquellos actores que tienen mayor responsabilidad social deberían estar particularmente comprometidos como el caso del estado, el sistema médico y el educativo. No obstante, es fundamental no perder de vista que es un problema de la ciudadanía.

¿Desde qué tipo de prácticas o estrategias considera que debe ser abordada la temática?

En nuestro país es fundamental el desarrollo del pensamiento científico como base sobre la que formarse. Mantenerse ignorante en el tema favorece el pensamiento dogmático o mágico, y en contraste el pensamiento científico plantea un continuo cuestionamiento, lo cual lo define como científico. Aquí el tema del consumo está muy ideologizado, y parece por momentos que todo vale. Quienes tenemos responsabilidades en el sector de salud, particularmente los médicos -con la incumbencia profesional que eso implica- debiéramos partir del pensamiento científico, ese es el piso. Después uno puede incorporar los aportes de todas las disciplinas. Esto se ve muchas veces en psiquiatría en general, pero sobre todo en el tema adicciones: se "subjetiviza" demasiado, y se corre el riesgo de perder las herramientas para responder al problema.

Introducción a la entrevista de Johann Hari

El Dr. Federico Pavlovsky junto con el Grupo de Investigación Permanente en Consumos Contemporáneos (GIPCC) nos brindaron generosamente todo el apoyo y acompañamiento para poder realizar la entrevista a Johann Hari.

Conversamos con el Dr. Pavlovsky sobre la coyuntura y los debates actuales sobre la temática, el trabajo que vienen realizando con el GIPCC, cómo surgió y cómo se gestionó la visita del periodista a nuestro país. Compartimos a modo de introducción a la entrevista el siguiente texto que es producto de esta conversación.

Agradecemos de parte de todo el equipo de la revista la predisposición de todos para recibirnos y especialmente del Dr. Pavlovsky, quien también fuera integrante de la Revista Clepios durante su residencia de psiquiatría en el Htal. Álvarez.

UN PACIENTE Y UN VIDEO...

Pavlosky cuenta que la idea de convocar a Johann Hari surge a partir de una entrevista clínica junto con un paciente que padece de consumos problemáticos. Allí aparece la referencia a un vídeo* que él decide compartir para transmitir de otra manera aspectos con los que se identificaba respecto de su padecimiento y colaborar a su comprensión por parte de los profesionales, habiendo atravesado por el saber y las conceptualizaciones que el Sistema de Salud le ofrece.

A la vez ese mismo vídeo lo comparte un psicóloga del grupo de estudio, como parte de una práctica habitual que tienen del comenzar los encuentros. “La revisión de noticias que es algo interesante que hacemos frecuentemente, analizamos las notas buscando información diversa, y comenzamos a transitar por esta línea” dice Pavlovsky. Así fue el primer encuentro con el periodista.

ENTONCES FUE ¿QUIÉN ES JOHANN HARI?

Pavlosky refiere: “Investigamos y vimos que quizás por su profesión de periodista de investigación, pero también de escritor, apela al recurso narrativo e historias como modo de comunicar y convocar. Usa planteos muy potentes.”

El grupo logró hacerlo venir generando un mecanismo de autogestión luego de que accediera a venir a Argentina sin cobrar todos los honorarios que suele proponer, convocado quizás por el tipo de iniciativa, y por los artículos que le enviaron que daban cuenta del conocimiento que el GIPCC de él. “Surgió a partir de la idea y de la convicción de que no nos alcanzaba lo que estaba escrito sobre psiquiatría, psicología y salud mental que conocíamos y fruto de todas las búsquedas que hicimos”, cuenta Pavlovsky.

El psiquiatra sostiene que por su rol de periodista de investigación y escritor Hari produce efectos diferentes en el debate. “Nosotros rescatamos que es alguien que puede hablar de algo extremadamente complejo y lo hace de un modo llano, sencillo, se trata de esa capacidad de escritor, que permite llegar a nuevos interlocutores y ser comprendido más ampliamente.

SISTEMA DE SALUD

Al preguntar sobre una articulación posible entre ideas postuladas en el libro del periodista y nuestro sistema de salud, Pavlovsky explica: “Nuestro sistema de salud público enlazado al código penal y las políticas públicas en relación al abordaje de las adicciones está tangencialmente distanciado de esta línea y si el primer objetivo es no dañar más, es importante empezar a pensar estos abordajes en estas tres perspectivas: salud, políticas públicas y código penal. Confiamos en que este tipo de encuentros se constituyan como hecho político para la transformación de la atención en salud. El libro de él, “Persiguiendo el grito” plantea que la demanda de las personas que se atienden es otra, que se necesitan sistemas flexibles, abiertos, y no los dispositivos arcaicos, rígidos, y expulsivos que se ofrecen actualmente”.

FORMACIÓN DE PROFESIONALES Y CONSUMOS

Al discutir la falencia formativa en torno a la complejidad de la problemática, Pavlovsky, hace hincapié en la necesidad de estudiar líneas que tienen que ver con el abordaje y el conocimiento de herramientas grupales. Se cuestiona: “¿No debería preguntarse un psiquiatra y un psicólogo, por qué ha tenido tanto éxito Alcohólicos Anónimos? ¿Por qué desde 1935 hasta acá es la herramienta número uno, que más pacientes ha ayudado, de manera gratuita, en todos los idiomas, en todos los horarios y sin criterios de exclusión?”

En relación a los recursos disponibles y estrategias de abordaje existentes por parte del estado, plantea: “Los recursos con los que contamos no están a la altura, están muy lejos del estándar de atención para estos pacientes. Cuando a los pacientes adictos, se les da un tratamiento lógico, un porcentaje significativo anda muy bien y un pedido de ayuda dramático se encauza. Hay dos grandes escenarios desopilantes: la hipermedicalización, que en situaciones de consumo está comprobado que no sirve para nada, los adictos terminan consumiendo la droga y los psicofármacos, no hay esquemas farmacológicos que quiten la adicción en ningún caso, la nicotina es un tema aparte. Por otro lado, el modelo de internación prolongada, son becas que ofrece el estado donde el paciente permanece internado un año, es una locura, el paciente queda aislado de la sociedad”.

Pavlovsky postula que la formación tiene que enseñar más políticas de atención en los hospitales y los servicios, que el cambio es idiosincrático, político, filosófico y pedagógico. Concluye el encuentro diciendo: “Ayer en el diario salió una nota, el procurador general de la nación, dijo que “La droga genera un deterioro social increíble y es la madre de los delitos”; ésa es la postura oficial en general, sin ser partidario, es persecución a los consumidores y difícil acceso a los efectores de tratamiento. Yo me uno a la idea de Johann Hari, pero lo trato de aplicar en cosas más concretas. Básicamente sería crear recursos intermedios, que la sociedad y los profesionales dejen de estigmatizar y perseguir a las personas que consumen, no es una idea grandiosa, pero es muy diferente a lo que estamos haciendo. Además, agrega: “Hay mucha gente que está en el medio, con una postura similar a la nuestra, no atiende pacientes adictos graves, es nuestra singularidad y como psiquiatras, psicólogos y profesionales de la salud mental tenemos una responsabilidad”.

***VIDEO: Puede accederse al video por medio del siguiente link (Youtube, canal Kurzgesagt: In a nutshell, «Addiction»):**
<https://www.youtube.com/watch?v=ao8L-0nSYzg>



R

Entrevista a Johann Hari

— Foto: Alejandro Brain

El pasado 2 de marzo el periodista británico Johann Hari dictó una conferencia titulada “Todo lo que piensas que sabes sobre la adicción es incorrecto” en el Centro Cultural de la Ciencia en la Ciudad de Buenos Aires. Allí expuso las conclusiones derivadas de su investigación sobre la problemática de consumo de sustancias, que plasmó en su libro “Tras el grito”, luego de haber recorrido numerosos lugares del mundo para explicar por qué la guerra contra las drogas es tan contraproducente y de qué manera podemos cambiar la situación. Ha escrito para The New York Times, Los Angeles Times, The Guardian, Le Monde, The New Republic y The Nation, entre otros. Fue columnista en The Independent durante nueve años y fue nombrado en dos ocasiones Periodista del año por Amnistía Internacional del Reino Unido, entre otros premios. Hari plantea que la guerra contra las drogas no es efectiva ya que no reduce el consumo y culpabiliza a los consumidores. Propone enfoques alternativos a la problemática que incluirían la despenalización del consumo, su legalización y regulación para reducir la violencia asociada a la comercialización clandestina. También, políticas orientadas a mejorar la calidad de vida de las personas, creación de empleo y promoción de vínculos interpersonales saludables. Este modelo de abordaje se ha desarrollado en Portugal desde hace más de 10 años, logrando una reducción de más del cincuenta por ciento del consumo compulsivo de sustancias.

A continuación, compartimos una entrevista a Johann Hari, realizada gracias a la cooperación y generosidad del Dr. Federico Pavlovsky y del Grupo de Investigación Permanente en Consumos Contemporáneos (GIPCC) que ideó y gestionó la visita del periodista a nuestro país.

Clepios: ¿Qué fue lo que más te sorprendió de todo lo que descubriste en tus investigaciones?

Johann Hari: Creo que fue el hecho de que estamos muy equivocados con respecto a lo que creemos saber sobre adicciones. Lo que más me sorprendió, personalmente, es que lo que causa las adicciones, no es lo que creíamos que era. La mayoría de la gente piensa que si tomamos un grupo cualquiera de personas y le inyectamos heroína todos los días durante un mes, al finalizar ese mes todos serán adictos, por el simple hecho de que hay enganches químicos en la heroína que causarán que sus cuerpos comiencen a necesitar esa droga, y que eso explica básicamente las adicciones. Sin embargo, en los hospitales **en Gran Bretaña se utiliza heroína como analgésico, por ejemplo, en los casos de fractura de cadera.** Un médico llamado Gabor Maté me dijo, si todo lo que nos dicen sobre las adicciones es correcto, ¿qué pasa con toda esta gente en los hospitales a la que le dan heroína? Deberían convertirse en adictos, pero eso no ocurre. Bruce Alexander, profesor de psicología en Vancouver, me explicó que lo que nos han contado sobre las adicciones proviene de experimentos llevados a cabo en la primera parte del siglo XX, en los que se colocaba una rata en una jaula vacía que tenía una botella con agua sola y una botella de agua con cocaína o heroína. Casi siempre, la rata elegía el agua con droga y la tomaba compulsivamente precipitando su muerte. En los años 70, Bruce Alexander, al analizar estos experimentos, observó que la rata era colocada sola en la jaula y rediseñó los experimentos. **Colocó a la rata en una jaula con otras ratas, comida y juguetes. En este tipo de jaula, si bien la rata prueba el agua con droga, nunca la consume compulsivamente ni muere por sobredosis. Se pasa de un 100% de sobredosis cuando la rata tiene una vida miserable a 0% cuando tiene una buena vida: La adicción no es lo que creemos que es. La adicción no se explica por la droga.** Pensemos en la adicción al juego. Uno no se inyecta un mazo de cartas. Hay adicción, sin droga, por lo que la adicción no es causada por la droga en sí misma.

C: Todos somos consumidores de algo, ya sea alcohol, tabaco, redes sociales ¿Por qué creés que criminalizamos especialmente a los usuarios de drogas?

JH: Hay una historia compleja al respecto. No lo hubiese adivinado antes de investigar las razones de la prohibición. Hubiese dicho que es para que los niños no las consuman o para evitar que la gente se vuelva adicta. Pero la historia aclara que esas no fueron las razones. Los debates en Estados Unidos en 1914, donde las drogas fueron por primera vez prohibidas, no mencionan a los niños ni las adicciones. Tenía más que ver con el deseo de reprimir a la gente de color y a los latinos. En Argentina el problema es similar, si le pedís a alguien que piense en un adicto no van a pensar en alguien que toma alcohol, o toma cocaína, sino en un chico fumando paco. **Esta es la dinámica que ha tomado siempre el problema de las drogas, ha sido el modo en que el estado reprime y la sociedad discrimina a un determinado sector o grupo social.** El problema en Estados Unidos ha sido siempre un tema de racismo. En los inicios de la guerra contra las drogas decían que había que prohibirlas ya que la gente de color, al usarlas, iba a olvidar la clase social a la que pertenecía, y por lo tanto iba atacar a la gente blanca. Ni siquiera era un racismo implícito; estaba explicitado en el discurso. Creo que eso sucede de algún modo

también en Argentina. Cuando el presidente habla de la “guerra contra la droga”, sabemos de qué está hablando, sabemos de quiénes está hablando.

C: ¿Qué instituciones y profesionales creés que deben intervenir en las problemáticas de consumo?

Johann Hari: Creo que es un problema general de la sociedad. Todos tienen responsabilidad. Por supuesto que también los profesionales de la salud. Pero pienso en lo que sucedió en el siglo XVIII en Gran Bretaña: hubo un periodo en que los campesinos se ubicaron en la ciudad, formando algo similar a lo que llaman favelas. Allí tuvo lugar la llamada “Crisis del Gin”. Muchas personas se volvieron alcohólicas. Eso pasó, fue cierto. Hay una famosa pintura, que fue como un ícono de la época, donde una mujer toma vodka mientras su bebé se cae por una ventana. La gente en la época decía: miren qué mal que hace esta bebida, miren cómo destruye a las personas, si tan solo pudiéramos prohibirla el problema desaparecería. Ahora sabemos que no es un problema del Gin. Lo que pasaba es que **esa gente estaba sumamente angustiada, por buenas razones, y trataban de lidiar con ese dolor consumiendo. Cuando la sociedad cambió, la mayoría de las personas dejaron de usar esa bebida de modo compulsivo.** Por eso creo que todos los que viven en una determinada sociedad son responsables. En esencia, no podemos decir que sólo los profesionales son responsables y hacerlos cargo diciendo: “es su trabajo como médico” o “es su trabajo como político”. Por supuesto que pienso que los médicos y los políticos tienen cierta responsabilidad. Pero **si lo tratamos como un problema aislado de la medicina perdemos el enfoque. Imaginen a la rata solitaria en la jaula ¿Qué tipo de médico necesitan? En realidad necesitan una jaula diferente.**

C: En el debate interno de la revista llegábamos a conclusiones similares. En los hospitales tendemos a reducir el problema a un tema médico y asumir que quien debe lidiar con la situación es el especialista, en vez de enfocarnos en el problema social.

JH: Creo que puede ser muy difícil siendo médico. Saben, en Inglaterra hay una frase que dice que si lo único que posees es un martillo todo parece un clavo. **Si eres médico o profesional de salud no puedes prescribir una casa o una sociedad diferente.** Pero lo que sí podemos hacer es trabajar todos en ese sentido. Pienso que es difícil porque lo mismo vale para las patologías mentales y no sólo las adicciones. Creo que **los profesionales de la salud deberían promover la idea de que no se trata de un problema únicamente biológico, médico o individual.** Entiendo que ellos no pueden resolver los problemas sociales solos, pero no se debería promover un discurso que aleje a las personas de entender lo que realmente sucede. Y pienso que con cierta frecuencia es lo que se hace, especialmente en la psiquiatría. No sé si sucede en Argentina, pero seguro que sí en Estados Unidos. Y es muy dañino.

Clepios: Tal vez puede ser frustrante para los profesionales lidiar con temas cuya resolución no es sólo por parte de ellos, como el caso de los problemas sociales y los límites que eso conlleva.

JH: Totalmente. Alguien en Estados Unidos me escribió diciendo que sentía que su trabajo era sentarse al pie de un acantilado, tratando de arreglar personas que eran lanzadas desde

lo alto, pero lo que pensaba era: “tenemos que dejar de lanzar personas desde el acantilado, esa es la solución real”. Pienso mucho en esa metáfora. Por ejemplo el tema de la obesidad en Estados Unidos, es un país donde se piensa que la solución a la obesidad es una cirugía de cinturón gástrico o remover parte del estómago. No me opongo a eso, pero me parece que la solución es construir ciudades donde la gente pueda caminar y andar en bicicleta, o lograr que prefieran alimentos que no te hagan obeso. Pienso que existe una analogía con la salud mental, en la que hemos tomado el camino equivocado.

C: ¿Qué pensás de las estrategias de Narcóticos Anónimos (NA)?

JH: Es una pregunta complicada. Pienso que dado lo complejo del tema de las adicciones, debiera existir un menú amplio de opciones y una de ellas definitivamente debe ser NA y programas de 12 pasos. El punto en el que **se torna problemático es cuando se plantea que son la respuesta para todas las personas. Para ningún otro problema complejo diríamos que hay una sola solución.** Algunos necesitan tratamientos basados en la abstinencia, otros sólo quieren reducir el consumo y otros simplemente no quieren detenerse; **se necesitan estructuras de soporte y opciones para todos** ellos. Creo que cuando NA funciona, es porque se trata de un lugar donde uno puede reconectar con personas y ser apoyado en un contexto libre de consumo. Parte de la ideología, personalmente, no me atrae, pero bueno, creo que es importante que haya un rango de opciones. Tiene que ser una opción pero no es la solución para todos. Creo que tratar de incluir a todo el mundo en un modelo y decirles que han fallado si ese modelo no es el adecuado para ellos, es realmente dañino. En Estados Unidos donde el 90% de los tratamientos están basados en programas de abstinencia de 12 pasos, se le dice a la gente que han fracasado si el programa no funcionó. Por ejemplo: Billie Holiday, nunca dejó de ser una “drogadicta” y eso no la hace un fracaso, ¿no? Incluso pienso que utilizar términos como: “limpio” (clean) o “sucio” (dirty) es problemático. ¿Quién está realmente “limpio”?

C: Finalmente, ¿Qué consejo podrías darnos a las personas que estamos en formación en este contexto, especialmente en hospitales públicos, que nos ayude a manejar mejor esta problemática?

JH: Creo que podrían ser varias cosas. Una es la de promover una comprensión más sofisticada de las adicciones. Cuando estuve en Washington D. C. conocí a una enfermera que trabajaba en la calle con usuarios que tenían un consumo muy compulsivo. Me contó que, como los trataban tan mal en los hospitales, cuando empezaban a tener piel muerta, es decir, necrosis cutánea alrededor de donde se inyectaban, en vez de acercarse al hospital sacaban gusanos de la basura y se los ponían en las heridas para que comieran la piel muerta. Eso era mejor que ir al hospital a sentirse avergonzados y ser tratados como basura. Tan mal los trataban que era mejor ponerse gusanos. Creo que lo que hay que hacer es explicar a las personas que estigmatizar a los adictos es lo peor que pueden hacer. **Son adictos porque ya se sienten como la mierda ¿saben? Entonces, juzgarlos y sermonearlos es desastroso y sólo les hará peor. Mientras más te aproximes al tema desde la compasión y el amor, lo cual ciertamente es difícil de hacer, más vas a reducir el problema.** Eso sería.



Adicciones comportamentales: una aproximación bibliográfica

LAURA CECILIA MARTÍNEZ DIDOLICH
Médica residente de cuarto año de psiquiatría en Hospital General de Agudos Dr. E. Tornú. Periodo 2016-2017.
lcmd83@gmail.com

NATALIA LÓPEZ PAPPANO
Médica. residente de segundo año de psiquiatría en Hospital General de Agudos Dr. E. Tornú. Periodo 2016-2017.
nataliapappano@yahoo.com.ar

— Foto: Camila León



RESUMEN :: El objetivo de este trabajo es realizar una aproximación bibliográfica sobre las adicciones comportamentales. Considerando que la inclusión de la temática de adicciones en la formación de grado de los profesionales de Salud Mental suele estar supeditada al interés y a la elección por parte del residente, de rotaciones que trabajen sobre el tema, nos parece importante conocer este tema por su prevalencia e impacto en salud pública. Al igual de lo que ocurre en las adicciones a sustancias existen numerosas líneas de investigación y posicionamientos en relación a las adicciones comportamentales.

PALABRAS CLAVE :: Adicciones comportamentales, salud mental, revisión bibliográfica.

BEHAVIORAL ADDICTIONS: A BIBLIOGRAPHIC APPROACH

ABSTRACT :: The aim of this work is to make a bibliographic approximation about behavioral addictions. Considering that the inclusion of the subject of addictions in the degree training of Mental Health professionals is usually dependent on the interest and the choice of the rotating residents that work on the subject, it seems important to know this subject by its prevalence and impact on public health. As in substance addiction there are numerous lines of research and positioning in relation to behavioral addictions.

KEY WORDS :: Behavioral addictions, mental health, bibliographic review.

“Los fenómenos de la enfermedad coinciden esencialmente con los de la salud, de los que siempre difieren sólo en la intensidad”

Broussais (1772-1838)

INTRODUCCIÓN

En términos generales, podría decirse que las adicciones tienen en común tres elementos, a saber: un modelo de consumo problemático, tolerancia y abstinencia.

Usualmente, al momento de tener una aproximación al tema de las adicciones tenemos en cuenta la sustancia utilizada. En relación a este tema, Holden (2001) plantea que las investigaciones realizadas sobre adicciones se han volcado fundamentalmente a aquellas vinculadas a sustancias, dejando de lado las conductas adictivas.

Este tipo de adicción comparte similitudes con la adicción a sustancias: ambas tienen un pico de aparición durante la adolescencia y adultez temprana, suelen tener una evolución crónica, tórpida y con recaídas. Al igual que con el uso de sustancias psicoactivas, las conductas adictivas producen activación fisiológica. Siguiendo la misma línea, en jugadores compulsivos se ha observado la presencia de activación simpática, como así también alteraciones en el balance dopaminérgico y serotoninérgico del sistema nervioso central (Coventry & Constable, 1999; Coventry & Norman, 1998; Bergh, Sodersten, & Nordin, 1997; De-Caria, Begaz, & Hollander, 1998).

Los pacientes que consultan a un servicio de salud mental solicitando tratamiento por adicciones, no sólo se enfrentan a las dificultades para acceder al mismo y al estigma, sino que suelen consultar por un tipo de adicción cuando en la práctica es más frecuente encontrar que presenten adicción a más de una sustancia y/o conducta (Christio, 2003). Otras veces, es el clínico el que identifica la adicción ya que el motivo de pedido de atención manifiesto puede estar focalizado en síntomas de la serie ansiosa o depresiva.

En varios artículos analizados se ha planteado que la presentación clínica adictiva a múltiples comportamientos y/o sustancias suele ser la regla, más que la excepción (Christio, 2003, MacLaren, 2010)

Siguiendo la misma línea, el PROMIS Addiction Questionnaire (SPQ) es un cuestionario de ciento sesenta preguntas orientado a detectar las tendencias adictivas en sustancias y conductas tales como: el juego, las compras compulsivas,

el sexo, el trabajo, la demanda de ayuda compulsiva, relaciones dominantes o sumisas y los atracones, entre otros. Este cuestionario permite detectar adicción en varias categorías simultáneamente.

Estas adicciones se denominan “adicciones comportamentales”, un término discutido por la comunidad científica. Así, el DSM V sólo admite al juego patológico como trastornos adictivos no relacionados a sustancias, como única adicción sin sustancia. Por su parte, el CIE 11 propone incluir a las adicciones comportamentales dentro del trastorno del control de los impulsos (Grant, 2016).

Punzi (2016) plantea que en las adicciones comportamentales existirían dos posturas para su estudio: por un lado, investigaciones que consideran a estas conductas como entidades diferentes que comparten características en común pero que deben ser estudiados por separadas en función de conocer tratamientos específicos. La otra postura se basa en que las adicciones comportamentales son variaciones de un mismo cuadro psicopatológico.

Por su parte, la Sociedad Española de Patología Dual (Ferre Navarrete y col., 2016) propone la siguiente clasificación de adicciones comportamentales:

Juego patológico (tal como se definen en el DSM-5)
Adicciones vinculadas a tecnología de comunicación

- Adicción al móvil
- Adicción a internet
- Adicción a internet generalizado
- Adicción a internet específica
- Videojuegos
- Apuestas o juego online
- Compra compulsiva online
- Pornoadicción
- Redes sociales

Adicciones somáticas: aquellas vinculadas a conductas de carácter instintual o ligadas a funciones corporales

- Adicción al sexo
- Adicción a comer
- Adicción al ejercicio físico

Adicciones de conductas socialmente establecidas

- Dependencia emocional
- Compra compulsiva
- Dependencia a grupos de manipulación psicológica

Variantes compulsivas no adictivas

- Tanorexia
- Vigonexia
- Dependencia al trabajo

Como se mencionó al inicio, en este trabajo nos focalizaremos en aquellas adicciones que no se asocian a sustancias sino que se basan en una conducta. Éstas también generan

un impacto negativo en la vida del individuo y su entorno, al mismo tiempo que plantean interrogantes a los profesionales de salud mental.

A continuación describiremos algunas de las patologías comportamentales señaladas en el cuadro anterior.

JUEGO PATOLÓGICO

El reconocimiento oficial del juego patológico como trastorno se produjo en 1980, fecha en la que se incluyó en una de las categorías del DSM. Actualmente, la ludopatía se encuentra categorizada dentro del apartado de trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos (DSM V). El juego patológico podría diagnosticarse en un paciente que muestre una conducta de juego persistente y desadaptativa, tal y como se reflejaría en la presencia de 4 o más de los siguientes criterios: preocupación por el juego, necesidad de jugar con cantidades crecientes de dinero, fracaso repetido de los esfuerzos para controlar, interrumpir o detener el juego, inquietud o irritabilidad cuando intenta interrumpir o detener el juego, utilización del juego como vía de escape de los problemas o de alivio del malestar emocional, intentos repetidos de recuperar el dinero perdido, engaños a los miembros de la familia, terapeutas u otras personas para ocultar el grado de implicación con el juego; se han arriesgado o perdido relaciones interpersonales significativas, trabajo y oportunidades educativas o profesionales debido al juego, apoyo económico reiterado.

La expansión del juego legalizado ha sido identificada como un importante problema de salud pública (Shaffer & Korn, 2002). La prevalencia estandarizada de juegos de azar problemáticos en adultos oscila entre 0.5% y 7.6% entre países, con un promedio de 2.3% (Williams, Volberg, & Stevens, 2012). En base a esta situación Calado y Griffiths (2016), en su trabajo de revisión sistemática sobre un total de 69 artículos ubicados entre 2000 y 2015, refieren que se pone en relieve la necesidad de un monitoreo continuo de las tasas de prevalencia del juego problemático con el fin de examinar la influencia del contexto cultural en los patrones de juego, evaluar la eficacia de las políticas sobre los daños relacionados con el juego y establecer prioridades para futuras investigaciones.

Como factores predisponentes asociados de manera significativa al juego problemático, aparecen, la edad temprana (entre 18 y 24 años), el género masculino y el desempleo (Castrén et al 2013), mientras que en la revisión de Calado y Griffiths, los factores predisponentes, estarían asociados a sexo masculino, individuos solteros o divorciados, individuos de edad temprana, individuos con nivel educativo inferior, individuos pertenecientes a una minoría étnica o que habían nacido en el extranjero y los individuos desempleados o con un bajo ingreso.

Por otro lado, Dowling et al. (2017) menciona en su artículo a los llamados factores protectores, compensatorios o factores pro motivadores. Estos son el sexo femenino, diferentes estrategias de afrontamiento, la inteligencia emocional, el bienestar, la resiliencia, las habilidades interpersonales, la competencia, el apoyo y los vínculos sociales, conexión con las instituciones de formación (Escuelas, universidades, institutos); y en los niños, el cuidado parental y la cohesión familiar.

Las actividades de juego más adictivas incluyeron aquellas que implican alta frecuencia de eventos y un corto intervalo entre la apuesta y el pago (Parke y Griffiths, 2006). Siguiendo esta línea, las actividades de juego más utilizadas por jugadores problemáticos son las máquinas de ranura y los juegos de apuestas de internet (Kalke et al, 2011. Lopes, 2009).

Quinteros (2016) refiere que los patrones específicos de la actividad cerebral, los rasgos anatómicos del cerebro, las respuestas del EEG y el rendimiento cognitivo y ejecutivo pueden discriminar a los jugadores patológicos de los jugadores no patológicos. Además, los jugadores patológicos pueden presentar disfunción en áreas cerebrales tales como la ínsula, el lóbulo frontal y la corteza orbitofrontal

Las consecuencias del juego patológico incluyen el deterioro de la salud mental, la salud física, las relaciones interpersonales, disfunción familiar, problemas financieros, dificultades para sostener empleos y problemas jurídicos (Shaffer y Hall, 2002). Hay evidencia creciente de que la severidad de la conducta de juego es uno de los predictores más fuertes del resultado del tratamiento (Merkouris, Thomas, Browning, & Dowling, 2016). Esto sugiere que una detección e intervención temprana puede proporcionar una estrategia eficaz para prevenir el juego patológico

En cuanto al tratamiento del juego patológico, hay poca información específica. Las estrategias mayormente utilizadas son la entrevista motivacional y la Terapia Cognitiva Conductual. Dentro de ésta última, algunos autores como Bouchard et al (2017) y Yücel et al (2017) proponen a la realidad virtual como parte del tratamiento. De esta manera se pueden proporcionar escenarios y contextos que generen diferentes emociones, generando que los pacientes puedan emplear técnicas de terapia cognitiva conductual (TCC) en la seguridad del consultorio.

ADICCIONES VINCULADAS A LA TECNOLOGÍA DE COMUNICACIÓN

La adicción a internet fue un término propuesto por Ivan Goldberg en 1995. Al año siguiente Young presentó un cuestionario de 20 preguntas para evaluar la gravedad del cuadro.

Esta autora (Young, 1998) plantea un conjunto de criterios tales como: una preocupación por Internet, la necesidad de aumentar la cantidad de tiempo para su uso, los esfuerzos infructuosos para dejar de usar Internet, el estado de ánimo cambiante al intentar detener o reducir el uso de Internet, permanecer en línea más de lo previsto, poner en peligro las relaciones significativas o las oportunidades debido al uso excesivo de Internet, mentir sobre el uso de Internet, usar Internet como un escape de los problemas o la búsqueda de aliviar los estados ánimo. La misma autora también describe cinco tipos de dependencia a internet: a la computadora, a la búsqueda de información, compulsiones como compras por internet, ciberpornografía y contactos por internet.

Suissa (2015) propone un enfoque psicosocial para la comprensión de esta adicción. Postula que factores adversos como el estrés laboral, el aburrimiento, la soledad, y la baja autoestima entre otros, pueden favorecer el curso de una adicción; mientras que habría factores protectores como tener múltiples intereses y satisfacción con el estilo de vida. Siguiendo la misma línea, Lam (2010) plantea que los adolescentes que presentan un cuadro compatible con adicción a internet presentarían 2,5 veces más riesgo de desarrollar depresión. Varios autores (Carli et al., 2013; Ko, Yen, Yen, Chen, & Chen, 2012) describen asociación con otros cuadros como déficit de atención con hiperactividad y trastornos de ansiedad.

Zadra (2016) describe en un estudio descriptivo comparativo de sujetos con y sin adicción a internet en donde habría más prevalencia de trastorno de la personalidad del cluster B y C en el primer grupo.

En cuanto al estudio de poblaciones más específicas, en un estudio realizado a estudiantes de medicina (Fatehi, 2016) se describe que aquellos que presentan adicción a internet demostraron en escalas un menor desempeño académico y una menor calidad de vida en los dominios interacción social, psicológico y físico. Están descritos, además, trastornos del sueño en este tipo de pacientes (Petit, 2016) planteando como hipótesis que la luz de la pantalla funcionaría como un desincronizador del ritmo circadiano al inhibir la secreción de melatonina.

En un estudio realizado por Song y colaboradores (2016) para evaluar respuesta farmacológica a antidepresivos en pacientes entre 17 y 45 años que presentan esta adicción comportamental sin abuso de sustancias ni otras enfermedades clínicas ni psiquiátricas, se describe que el bupropión, comparado con el escitalopram, presentaría una mejor respuesta en los síntomas de los dominios de atención e impulsos.

Siguiendo la línea del abordaje terapéutico, Marazziti y colaboradores (2014) plantean que en este tipo de pacientes se pueden distinguir dos subtipos: pacientes con antecedentes de otros cuadros psicopatológicos (trastornos de ansiedad

y del estado del ánimo, trastorno del control de los impulsos, de la conducta alimentaria, trastornos psicóticos y de la personalidad), y pacientes que no presentan antecedentes psicopatológicos previos.

Dentro de la misma categoría, la adicción al uso del celular ha aumentado su prevalencia proporcionalmente a la complejidad de la tecnología. Así, autores como De-Sola Gutiérrez y colaboradores (2016) describen en su artículo de revisión que la población adolescente tendría más susceptibilidad de padecer esta adicción. En relación al género, las mujeres presentarían mayor grado de dependencia y los patrones de uso del celular también presentarían diferencias según el sexo: las mujeres harían un uso "más social" del celular, mientras que los varones presentan un uso más ampliado (juegos, entre otros). También están descritos trastornos en el sueño por el uso del celular y mayor prevalencia en pacientes con consumo de sustancias y cuadros psiquiátricos (Tavakolizadeh, 2014; Augner y col, 2011).

CONCLUSIONES

Como se mencionó en la introducción de este trabajo, las adicciones constituyen un tema plausible de ser analizado desde distintas aristas para su abordaje.

A modo de resumen se podría decir que las adicciones comportamentales suelen tener un patrón similar a las adicciones por sustancias: alta comorbilidad con otros tipos de consumo, la coexistencia de otros cuadros psiquiátricos, los factores de vulnerabilidad y de protección, entre otros.

En esta revisión abordamos una faceta de las adicciones que usualmente no es considerada "a priori" al estudiar el tema de adicciones: hablamos de los consumos que no utilizan sustancias, denominados adicciones comportamentales.

Al igual de lo que ocurre con el tema de adicciones en general, la mayoría de los artículos consultados dan cuenta de que es necesaria una mayor investigación sobre el tema para dilucidar si las adicciones comportamentales constituyen un cuadro psicopatológico *per se*, o bien, un síntoma dentro de otro cuadro.

Del trabajo surgen interrogantes que exceden al objetivo de este trabajo pero que nos dirigen hacia una comprensión más aproximada al tema, como por ejemplo: ¿Las adicciones comportamentales constituyen una entidad psicopatológica propia? ¿Se trata de una comorbilidad? ¿Una co-ocurrencia? ¿Cómo diferenciar adicción de compulsión en este tipo de conductas? ¿De qué modo las adicciones comportamentales nos permitirían conocer más acerca del fenómeno adictivo?

¿De qué manera las tecnologías y los estilos de vida facilitan el surgimiento de nuevas “modalidades adictivas”? ¿Qué paradigma nos permitiría realizar un mejor enfoque sobre este problema de salud? ¿En qué modificaría la inclusión de las otras adicciones comportamentales en nuestros sistemas clasificatorios actuales?

En la práctica profesional personal nos podríamos preguntar ¿Cuánto conocemos sobre el tema? ¿Lo buscamos activamente en las entrevistas con nuestros pacientes? ¿Con qué recursos y espacios formativos contamos para trabajar con este tipo de adicciones...y las “otras”?

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association, American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 2013. p. 947.
- Augner C, Hacker GW. Associations between problematic mobilephone use and psychological parameters in young adults. *Int J Public Health* (2011) 57:437-41.
- Bergh, C., Sodersten, E. P., & Nordin, C. (1997). Altered dopamine function in pathological gambling. *Psychological Medicine*, 27, 473 – 475
- Bouchard S, Robillard G, Giroux I, Jacques C, Loranger C, St-Pierre M, Chretien M, Goulet A. Using Virtual Reality in the Treatment of Gambling Disorder: The Development of a New Tool for Cognitive Behavior Therapy. *Feb 2017*. 24:8:27
- Calado F, Griffiths MD. Problem gambling worldwide: An update and systematic review of empirical research (2000–2015). October 26, 2016 *Journal of Behavioral Addictions* 5(4), pp. 592–613.
- Carli, V., Durkee, T., Wasserman, D., Hadlaczky, G., Despalins, R., Kramarz, E., Wasserman, C., Sarchiapone, M., Hoven, C. W., Brunner, R., & Kaess, M. (2013). The association between pathological Internet use and comorbid psychopathology: A systematic review. *Psychopathology*, 46(1), 1–13.
- Christo G, Jones SL, Haylett S, Stephenson GM, Lefever RM, Lefever R. The Shorter PROMIS Questionnaire: further validation of a tool for simultaneous assessment of multiple addictive behaviours. *Addict Behav.* 2003 Mar;28(2):225-48.
- Coventry, K. R., & Constable, B. (1999). Physiological arousal and sensation seeking in female fruit machine gamblers. *Addiction*, 94, 425 – 430.
- Coventry, K. R., & Norman, A. C. (1998). Arousal, erroneous verbalisations and the illusion of control during a computer-generated gambling task. *British Journal of Psychology*, 89, 629 – 645
- De-Caria, C. M., Begaz, T., & Hollander, E. (1998). Serotonergic and noradrenergic function in pathological gambling. *CNS Spectrums*, 3, 38 – 47.
- Dowling NA, Merkouris SS, Greenwood CJ, Oldenof P, Toumbourou JW, Youssef GJ. Early risk and protective factors for problem gambling: A Systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Clinical Psychology Review* 51 (2017) 109 –124
- FATEHI, Farzad et al. Quality of Life in Medical Students With Internet Addiction. *Acta Medica Iranica*, [S.l.], p. 662-666. nov. 2016. ISSN 1735-9694. Disponible en: <<http://acta.tums.ac.ir/index.php/acta/article/view/5503>>.
- Ferre Navarrete, F., Juncal Sevilla, V., Basurte Villamor, I: Adicciones comportamentales y patología dual. *Protocolos de intervención patología dual*. 2016 EdikaMed, S.L. Disponible en: <http://www.edikamedformacion.com/cursos/22/pdf/8-PDUAL-adicciones-03-FINAL.pdf>
- Grant JE, Chamberlain SR. Expanding the definition of addiction: DSM-5 vs. ICD-11. *CNS Spectr.* 2016 Aug;21(4):300-3.
- Holden C.: 'Behavioral' addictions: do they exist? *Science*. 2001 Nov 2;294(5544):980-2.
- Kalke, J., Buth, S., Rosenkranz, M., Schütze, C., Oechsler, H., & Verthein, U. (2011). Österreichische Studie zur Prävention der Problem gambling worldwide Glücksspielsucht: Forschungsdesign, Ergebnisse und Schlussfolgerungen [Austrian study for the prevention of gambling addiction: Research design, results and conclusions]. Hamburg: Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung
- Ko, C. H., Yen, J. Y., Yen, C. F., Chen, C. S., & Chen, C. C. (2012). The association between Internet addiction and psychiatric disorder: A review of the literature. *European Psychiatry*, 27(1), 1–8.
- Lam LT, Peng ZW (2010) Effect of pathological use of the internet on adolescent mental health: a prospective study. *Arch Pediatr Adolesc Med* 164:901-6
- Lopes, H. Epidemiologia da dependência do jogo a dinheiro em Portugal. Paper presented at Congresso Alto Nível promovido pela Santa Casa da Misericórdia, 2009.
- MacLaren VV, Best LA. Multiple addictive behaviors in young adults: student norms for the Shorter PROMIS Questionnaire. *Addict Behav.* 2010 Mar;35(3):252-5.
- Marazziti D, Presta S, Baroni S, Silvestri S, Dell'Osso L. Behavioral addictions: a novel challenge for psychopharmacology. *CNS Spectr.* 2014 Dec;19(6):486-95.
- Merkouris, S. S., Thomas, S. A., Browning, C. J., & Dowling, N. A. Predictors of outcomes of psychological treatments for disordered gambling: A systematic review. 2016. *Clinical Psychology Review*, 48, 7 –31
- Yücel M, Carter A, Allen AR, Balleine B, Clark L, Dowling NA, Gainsbury SM, Goudriaan AE, Grant J. Neuroscience in gambling policy and treatment: An interdisciplinary perspective. *Feb 2017*. [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30369-8](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30369-8)
- Alan Hayes, David Hodgins, Ruth van Holst, Ralph Lattimore, Charles Livingstone, Valentina Lorenzetti, Dan Lubman, Carsten Murawski,
- Linden Parkes, Nancy Petry, Robin Room, Bruce Singh, Anna Thomas, Phil Townshend, George Youssef, Wayne Hall
- Parke, J., & Griffiths, M. D. (2006). The psychology of the fruit machine: The role of structural characteristics (revisited). *International Journal of Mental Health and Addiction*, 4, 151–179. doi:10.1007/s11469-006-9014-z
- Punzi E: Excessive behaviors in clinical practice--A state of the art article. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2016 Feb 12;11:30055.
- Quinteros G. A biopsychological review of gambling disorder. Dec 2016. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2017;13 51–60
- Sari Castren, Syaron Basnet, Anne H Salonen, Maiju Pankakoski, Jenni Emilia Ronkainen, Hannu Alho and Tuuli Lahti "Factors associated with disordered gambling in Finland" *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* Jul 2013
- Shaffer HJ, Korn DA "Gambling and Related Mental Disorders: A Public Health Analysis" *Annual Review of Public Health*, 2002 May; Vol. 23:171-212
- Shaffer, H. J., & Hall, M. N. The natural history of gambling and drinking problems among casino employees. 2002. *The Journal of Social Psychology*, 142(4), 405 –424.
- Song J, Park JH, Han DH, Roh S, Son JH, Choi TY, Lee H, Kim TH, Lee YS. Comparative study of the effects of bupropion and escitalopram on Internet gaming disorder. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2016 Nov;70(11):527-535.
- Suissa AJ: Cyber addictions: toward a psychosocial perspective. *Addict Behav.* 2015 Apr;43:28-32.
- Tavakolizadeh J, Atarodi A, Ahmadpour S, Pourghesiar A. The prevalence of excessive mobile phone use and its relation with mental health status and demographic factors among the students of Gonabad University of Medical Sciences in 2011-2012. *Razavi Int J Med* (2014) 2(1):e15527.
- Williams, R.J., Volberg, R.A. & Stevens, R.M.G. (2012). The Population Prevalence of Problem Gambling: Methodological Influences, Standardized Rates, Jurisdictional Differences, and Worldwide Trends. Report prepared for the Ontario Problem Gambling Research Centre and the Ontario Ministry of Health and Long Term Care. May 8, 2012.
- Young K. S. Internet Addiction: the Emergence of Anew Clinical Disorder. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 1998b;1((3)):237-244.
- Zadra S, Bischof G, Besser B, Bischof A, Meyer C, John U, Rumpf HJ. The association between Internet addiction and personality disorders in a general population-based sample. *J Behav Addict.* 2016 Dec;5(4):691-699

Prevención y respuestas a los consumos de drogas: caminos recorridos y nuevas líneas de abordaje

— Foto: Camila León



-
- ¿Cuándo surgen las drogas como un problema en nuestra sociedad?
- ¿Desde qué perspectivas se trabaja la prevención y la atención a los consumos de drogas?
- ¿Cómo fueron variando estas respuestas y perspectivas a lo largo del tiempo?
- ¿Cuál es en la actualidad la modalidad de trabajo más adecuada?
- ¿Cuáles son los aportes que incorpora el modelo de abordaje integral comunitario?
- ¿Qué significa en drogas trabajar desde “lo territorial” y “lo comunitario”?

■ En esta novedosa sección, desde el equipo en el que hacemos la revista nos interesa convocar más de una voz para trabajar el tema. En CONVERSACIONES pretendemos explorar los debates que interrogan perspectivas alternativas y comunitarias con una mirada ampliada de la problemática de consumo. Nos pareció pertinente convocar también a una voz de otra disciplina que nos permita acercarnos a un análisis de las políticas públicas alrededor de la temática y las propuestas de modelos de abordaje que abren alternativas al tratamiento del sufrimiento asociado.

ANA CLARA CAMAROTTI es Doctora en Ciencias Sociales, Magíster en Políticas Sociales y Licenciada en Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Se desempeña como investigadora Adjunta del CONICET, Co-coordinadora del Área de Salud y Población e Investigadora del Instituto de Investigaciones Gino Germani y consultora externa de la Organización de Estados Americanos (OEA). Desarrolla actividades de investigación en acción sobre temas relacionados con el uso/consumos de drogas en jóvenes, promoción de la salud, procesos de individuación. Ha coordinado y editado libros, es autora de artículos en revistas, capítulos de libros y libros entre los que se encuentra el recientemente editado “Quiero escribir mi historia”. Vidas de jóvenes en barrios populares (Biblos, 2013).

Gracias a su generosidad pudimos reunirnos con ella en ocasión de una conferencia relativa a la temática, y conversar acerca de nuestros interrogantes. El escrito que publicamos es el resultado de este intercambio que consistió en compartir inquietudes generadas en nuestra práctica como profesionales y agentes del sistema de salud.

■ LA APARICIÓN DE LAS DROGAS COMO UN PROBLEMA

Desde hace más de un siglo aproximadamente tanto desde la medicina como desde el derecho comienza a visualizarse el uso de drogas como una actividad “anti-social”. Algo que hasta ese momento no era concebido como problema social comenzó a serlo. El argumento sobre la peligrosidad y la amenaza hacia terceros que genera el consumo de drogas fue el más utilizado para justificar los tratamientos que recomendaban los especialistas para los adictos a las drogas.



Términos como “toxicómano”, “adicto”, “drogadependiente” o “drogadicto”, son definiciones que varían a lo largo de la historia, y refieren a los diferentes modos en que ciertos grupos sociales construyen una problemática y caracterizan a ciertos grupos. Analizar estos conceptos implica dar cuenta de los diferentes modelos ideológicos que subyacen al análisis. La principal diferencia entre ellos es el grado de relevancia que otorgan a cada uno de los elementos interactuantes –la sustancia que se consume, las características físicas y psíquicas de la persona que realiza dicha práctica y el contexto social, económico y cultural que se constituye en el marco de referencia de la acción– desprendiéndose por tanto medidas sociales, preventivas, legislativas y sanitarias de muy diversa índole en función del enfoque que se tenga en cuenta.

Este trabajo parte de la idea básica de que **lo determinante no es el producto (la sustancia), sino la relación entre ese producto y el modo de vida en que se inscriben las drogas**, ya que estas no existen como algo independiente de las variadas y diferenciadas formas de su uso. Por ello, es necesario hablar de diferentes modos de consumo, lo que comprende: frecuencias y cantidades, tipo de compromiso frente al consumo de drogas, significados que los grupos les otorgan a las drogas, rituales y sanciones organizados alrededor del consumo de las sustancias (Castel y Coppel, 1994).

La OMS define como droga a aquella sustancia que introducida en el organismo produce cambios en la percepción, en las emociones, el juicio o el comportamiento y es susceptible de generar en el usuario la necesidad de seguir consumiéndola. Asimismo, no debemos olvidar que existen diferentes formas de vincularse con las drogas. Cualquiera de ellas puede provocar daños a las personas, si se constituye en un uso problemático.

Según la definición de El Abrojo (2007) un uso de drogas puede ser problemático para una persona cuando el mismo afecta negativamente -en forma ocasional o crónica- a una o más áreas de la persona: a) su salud física o mental; b) sus relaciones sociales primarias (familia, pareja, amigos); c) sus relaciones sociales secundarias (trabajo, estudio) y d) sus relaciones con la ley.

Sin embargo, no hay que olvidar que un consumo experimental u ocasional también puede ser problemático si se consume en forma excesiva, aunque sea una única vez. **Lo que es especialmente problemático del consumo es el hecho de haber perdido el control de sí mismo o el haber incurrido en prácticas de riesgo para sí mismo o para los demás** bajo los efectos de una sustancia (por ejemplo conducir un vehículo después de haber tomado alcohol o haber consumido otra droga).

En las últimas décadas se han producido en nuestras sociedades cambios económicos y sociales que llevaron a transformar las trayectorias más o menos previsibles de las personas en recorridos vitales en los que predomina la incertidumbre.

Los vínculos de integración social se han vuelto más frágiles y la sociedad está atravesada por múltiples ejes de desigualdades y de diversificación, así como por múltiples situaciones de exclusión y vulnerabilidad. Esto hace que los diagnósticos de los problemas sociales sean más complejos, del mismo modo que la búsqueda de soluciones.

Si bien el consumo problemático de drogas es una práctica de larga data, en la actualidad ha cobrado mayor presencia en la vida social, tanto por su expansión como por las consecuencias que acarrea a nivel individual y social.

A continuación analizamos las diferentes perspectivas que subyacen a las respuestas que se han venido ofreciendo a los consumos de drogas en la región: prevención, enfoque de riesgo y promoción de la salud.

PERSPECTIVAS DESDE LAS QUE SE TRABAJÓ EN PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LOS CONSUMOS DE DROGAS

Prevención Primaria, Secundaria y Terciaria

Según la clásica definición de Gerald Caplan (1980), la prevención puede categorizarse en primaria, secundaria y terciaria, para referirse a situaciones en donde el sistema de salud lleva a cabo prácticas de prevención anteriores a la aparición de un daño o enfermedad, de atención del mismo una vez que se ha instalado y/o de recuperación a posteriori de su tratamiento. Desarrollos posteriores han complejizado el abordaje de esta temática introduciendo otros esquemas y desarrollos. Planteamos a continuación la aplicación del esquema clásico de la prevención primaria, secundaria y terciaria del tema del consumo de drogas y luego expondremos los desarrollos posteriores.

Prevención primaria

Evita la aparición del problema o reduce su incidencia, con la intervención de agentes de salud que trabajan en la comunidad. Puede ser *específica* o *inespecífica*. Se entiende por *específica*, cuando su acción está dirigida a evitar una enfermedad o un grupo de enfermedades en particular, como cuando se aplican inmunizaciones; o *inespecífica*, por ejemplo a través de orientar para el uso del tiempo libre o para el mejoramiento de la calidad de vida.

En el caso del consumo problemático de drogas se hace prevención primaria específica cuando se desarrollan programas centrados en brindar información sobre las drogas o en fortalecer actitudes que eviten el consumo.

Se trabaja en prevención primaria inespecífica cuando se organizan, por ejemplo, actividades deportivas, culturales o laborales continuadas, que funcionan como recursos que logran motivar suficientemente a la población para alejarlos de consumir drogas. La prevención inespecífica

está presente cuando se favorece la integración social a través de la participación responsable, la actitud crítica y el respeto por las diferencias, proponiendo actividades relacionadas con los deseos de las personas, de modo de que tengan la oportunidad de encontrar espacios que propicien su bienestar.

Prevención secundaria

Se basa en el diagnóstico temprano, la captación oportuna y el tratamiento adecuado de los diversos trastornos de salud. Se lleva a cabo al realizar un diagnóstico que permite una temprana identificación del daño y un tratamiento precoz. Los diversos tratamientos psicológicos, las comunidades terapéuticas y los programas de reducción de riesgos y consecuencias adversas del consumo de drogas para consumidores problemáticos de drogas son ejemplos de este tipo de prevención.

Prevención terciaria

Busca la rehabilitación y/o la reinserción social, una vez declarado el problema. La terapia física, la ocupacional y la psicológica tratan de conseguir que los individuos se adapten a su situación y puedan ser y sentirse útiles a sí mismos y a la sociedad. Los programas llamados de “reinserción social”, desarrollados en algunas comunidades terapéuticas como última fase del tratamiento, son un ejemplo de este tipo de prevención.

Es importante entender que no todos los consumos de drogas deben pasar por las etapas secundaria y terciaria de prevención. En muchos casos en los cuales los consumos no son abusivos o no generaron dependencia y/o en los que las redes familiares y/o afectivas están consolidadas, no es necesaria la etapa de rehabilitación o de reinserción social.

Críticas: Algunas críticas a este modelo, sostienen que sigue aún muy vinculado a una perspectiva biomédica, puesto que hace énfasis en los procesos patógenos, que sostiene una mirada sobre el problema que recae sobre el individuo responsabilizándolo por la situación circunscribiendo la prevención primaria inespecífica sólo a un momento inicial. Actualmente se propicia la idea de que ésta supone una perspectiva que amplía la posibilidad de intervención a lo largo de todos los procesos preventivos a la vez que los excede (Puyol, 2014). Según Milanese, este abordaje médico, tiene sus límites y si bien ha favorecido la transición de la “asistencia” de tipo moral a una asistencia de tipo profesional, sigue haciendo hincapié en una mirada de índole individual y no comunitaria (Milanese, 2011).

Desde la década de los '80 la prevención específica en los temas que nos ocupan ha sido cuestionada. Como dice Mario Picchi (1990) no puede hacerse prevención hablando de drogas: es indispensable aumentar la autonomía intelectual en los jóvenes de modo que puedan discernir y elegir frente a la manipulación, la presión del grupo, la homologación de la masa; la prevención es algo que no se delega, la hace todos los días quienes están en contacto con los grupos sociales. La idea es que más allá de brindar información, lo importante es

que ésta se encuentre contextualizada, resulte de interés para los grupos con los que se está trabajando y se inserte junto a otras actividades preventivas.

Prevención universal, selectiva e indicada

Críticas: En la mayoría de los casos la prevención es impulsada y encarada por los adultos y dirigida hacia los jóvenes o a los “grupos destinatarios”. Nos parece importante remarcar que, según los resultados de las investigaciones, la mayoría de los consumos juveniles en nuestra sociedad son experimentales, por curiosidad o por presión de los pares, lo que está evidenciando que la manera de abordarlo y anticiparlo es poder trabajar con los jóvenes en proyectos que los hagan reflexionar en torno al consumo problemático de drogas, que les muestren los intereses que se ubican detrás de los mismos. Es decir, los proyectos elaborados por ellos y “acompañados” por docentes, profesionales de la salud, promotores y referentes comunitarios son la clave para que resulten creíbles y acordes a sus realidades.

Asimismo, estos referentes deben tener conocimiento de los diferentes tipos de respuestas socio-sanitarias existentes en sus contextos. Debemos tener en cuenta que ni todos los tratamientos son iguales ni todas las personas que llevan a cabo consumos de drogas problemáticos necesitan las mismas respuestas. Tener la información sobre la existencia de diferentes tratamientos y establecer un buen diagnóstico de cuál es la respuesta que se necesita puede evitar que la persona tenga que transitar por diferentes dispositivos de tratamientos recayendo en el consumo una y otra vez.

En muchos casos las recaídas se deben más a la falta de adecuación del tratamiento que a la falta de voluntad de una persona en dejar de consumir drogas.

LOS PROGRAMAS DE ENFOQUE DE RIESGO Y PROTECCIÓN

Otra dimensión a tener en cuenta en relación con la prevención es lo que se denomina el enfoque de riesgo. Desarrollado por los epidemiólogos y los médicos sanitarios, este enfoque consiste en asociar ciertas vulnerabilidades de los grupos sociales con la noción de **factor de riesgo**, definido como una circunstancia que aumenta la probabilidad de que se produzca un daño o resultado no deseado, como una enfermedad o un hábito como la drogadicción. Los factores de riesgo están asociados con la posibilidad de desarrollo de una enfermedad, pero no son suficientes para provocarla. Por ejemplo, para el consumo problemático de drogas en los jóvenes son factores de riesgo los grupos familiares no continentales, la falta de posibilidades de inserción en el mercado laboral, el abandono escolar, etc.

La incorporación del concepto de *factores protectores* ha enriquecido la utilidad de este enfoque y, a diferencia del enfoque anterior, ha permitido no estigmatizar a las personas consumidoras, ya que se pone el énfasis en la promoción de la salud más que en la prevención de posibles daños.

Los factores protectores facilitan el logro o mantenimiento de la salud y pueden encontrarse en las personas mismas, en las características de los microambientes (familia, escuela, etc.) y/o en las instituciones más amplias de la comunidad (educación, trabajo, vivienda, etc.).

Se pueden distinguir factores de riesgo y protectores a nivel individual y a nivel de la comunidad:

ENFOQUE DE RIESGO Y PROTECCIÓN A NIVEL INDIVIDUAL

FACTORES PROTECTORES (nivel individual)

- promoción de la autonomía personal,
- comunicación fluida y bidireccional,
- estímulo a la participación y la reflexión de los miembros de la comunidad,
- promoción de la solidaridad y de la integración,
- existencia de políticas coherentes en relación al consumo de drogas,
- formación de profesionales, docentes y referentes comunitarios en el abordaje integral de los consumos problemáticos de drogas,
- elevada calidad de la educación,
- políticas de empleo,
- cobertura de salud para toda la población,
- metodología participativa de trabajo,
- refuerzo de los valores positivos de las comunidades,
- reconocimiento de los logros, méritos y ayuda mutua,
- existencia de espacios alternativos, recreativos, culturales y deportivos.

FACTORES DE RIESGO (nivel individual)

- escasa información sobre el problema,
- fomento de la competitividad y el individualismo,
- promoción de la pasividad y la dependencia,
- existencia de relaciones de dominación, desequilibradas y discriminatorias,
- ausencia de estímulo a la participación,
- déficit de espacios recreativos, deportivos y culturales,
- falta de una política y normativa definida de rechazo a las drogas,
- disponibilidad de las drogas,
- modelos inadecuados de prevención y tratamiento,
- escasa capacitación de profesionales, docentes y referentes comunitarios en materia de drogas y su abordaje integral.

ENFOQUE A NIVEL COMUNIDAD

FACTORES PROTECTORES

- políticas y programas efectivos de prevención del tráfico y consumo de drogas,
- red de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales de apoyo,
- existencia de oportunidades de estudio y de empleo,
- promoción del desarrollo humano y social,
- presencia de relaciones integradoras no dominantes,
- fomento de la cooperación y la solidaridad,
- establecimiento de relaciones de igualdad.

FACTORES DE RIESGO

- crisis de valores,
- pocas oportunidades educativas,
- empobrecimiento creciente de la población,
- exclusión social,
- desempleo,
- programas de prevención insuficientes y poco diversificados,
- presencia de redes de distribución de drogas,
- tendencias sociales que propicien el consumo de drogas en vez de limitarlo.

Críticas: Según Ricardo Ayres y otros este enfoque se mostró limitado y hasta perjudicial porque no identificó el riesgo como una medida de probabilidad, sino pasó a identificar “grupos de riesgo”. Como consecuencia, el “aislamiento sanitario” se mostró como la principal, y en algunos casos como única, propuesta de prevención. La categoría de riesgo acabó exacerbando prejuicios y discriminación tornando más difícil la situación social y clínica de las personas (Ayres *et al.*, 2012).

En dicho documento, la salud ha sido considerada como un medio para llegar a un fin, como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva. La salud es un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida. Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas.

Asimismo, la Declaración de Alma Ata inauguró una sucesión de propuestas que abrieron debate sobre la necesidad de pensar una promoción de la salud que expandiera los alcances de las acciones originalmente asociadas al primer nivel de atención, propiciando una mayor atención en el medio ambiente y los estilos de vida, alejándose de los conceptos y prácticas excesivamente centradas en la práctica hospitalaria

HACIA UNA NUEVA CONCEPCIÓN DE SALUD: LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Cuando se hace referencia a la promoción de la salud, ésta aparece ligada generalmente a la denominada “Carta de Ottawa”, surgida de la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud realizada en 1986 en Ottawa, Canadá.

y en los determinantes biológicos de la enfermedad (Ayres *et al.*, 2012).

En pocas palabras, **la PROMOCIÓN DE LA SALUD deja de ser entendida como uno de los momentos de la organización técnica de las acciones de prevención primaria y pasa a ser entendida como una propuesta política que atraviesa cada una de las fases y niveles de prevención buscando reconstruir sus bases y sus métodos.** El sentido fundamental de esa reconstrucción puede ser resumido como: la politización y busca de intensificación del diálogo de los diversos saberes científicos y técnicos con los valores de individuos y comunidades en su vida cotidiana; de forma a que estos aumenten progresivamente su control sobre los condicionantes de los procesos de salud-enfermedad, del cuidado de salud al que tienen acceso, y su calidad de vida (Ayres *et al.*, 2012).

Por ende, la promoción de la salud, que forma parte de una nueva concepción de la salud pública, plantea la necesidad de ir más allá del modelo bio-médico y **considerar las influencias sociales y ambientales sobre la salud y la conducta vinculadas con ella.** Puede decirse que la prevención de las enfermedades o de los daños a la salud forma parte de la promoción de la salud, pero esta última va más allá de la prevención.

Críticas: es importante destacar que el concepto de promoción de la salud pasó por **DIFERENTES ETAPAS.** En un primer momento se puso énfasis en la transmisión de mensajes que intentaban fomentar **hábitos saludables** en la población. Luego comenzó a relacionársela con los **estilos de vida individuales**, a partir de cuyos cambios se alentaban modificaciones en las conductas. Finalmente, se aceptó que se trata de un concepto que debe plantearse en relación con lo comunitario.

Es fundamental generar cambios en las condiciones de vida de los grupos sociales –tanto económicas, sociales y simbólicas– para que se generen cambios en relación con el cuidado de la salud.

Por otro lado, también el modelo de promoción de la salud recibe críticas, algunas que se le hacen son las que resume Wald (2009), quien explica que son muy escasos los programas que específicamente trabajan desde la concepción propia de la promoción de la salud en América latina sin recurrir al trabajo conjunto con programas de prevención. Estos proyectos en la mayoría de los casos no han logrado poner en práctica intervenciones innovadoras, razón por la cual **algunos analistas consideran que la promoción de la salud en nuestra región debería abandonar el ámbito de lo discursivo a través de la puesta en marcha de acciones prácticas** (Paiva, 2006).

El problema central es que a pesar de definir la salud en términos de bienestar, **las prácticas continúan organizándose alrededor de conceptos de enfermedad** (Czeresnia, 2006). Así, la mayoría de los programas implementados en promo-

ción de la salud son en realidad intervenciones de tipo preventivo y responden, en última instancia, a modelos teóricos de base individualista y conductista (Restrepo y Málaga, 2001). Además, aún no se han hecho extensivos los declamados abordajes intersectoriales y transdisciplinarios; por lo tanto, los programas de promoción de la salud por lo general sólo son gestionados por el sector salud (Paiva, 2006).

Por último, nos gustaría remarcar que **la promoción de la salud** si bien brinda muchas herramientas teóricas para pensar y reflexionar sobre diversas problemáticas de salud es un modelo que necesita ser repensado desde la práctica concreta: cuáles son las acciones que deben llevarse a cabo, qué tipo de estrategias pueden ser las más efectivas, cómo lograr el trabajo intersectorial, cómo abordar el trabajo territorial, cómo avanzar en la construcción de las redes.

HACIA LA CONSTRUCCIÓN DE UN ABORDAJE COMUNITARIO BASADO EN LA INTEGRALIDAD

El consumo de drogas se ha analizado desde distintos enfoques, caracterizados por lo general por una visión fragmentada del fenómeno, lo que se evidencia en la incapacidad de las respuestas anteriores. Como ya expresamos, partimos del supuesto que **el consumo de drogas es un hecho complejo, que no puede abordarse de un modo aislado de los contextos sociales en los que se da, lo que lleva a requerir respuestas creativas y flexibles que contemplen una mirada transdisciplinaria y multisectorial**, en la que converjan tanto las perspectivas económicas, sociales, psicológicas, culturales y médicas de abordaje teórico y práctico, como las provenientes de experiencias y lecciones aprendidas. Es por ello que se **requieren respuestas elaboradas en la proximidad de los grupos sociales que sufren dichos problemas, de modo que ellas constituyan acercamientos a los escenarios y situaciones que los motivan.**

Un abordaje integral comunitario debe partir de que el significado asociado a las drogas está determinado no sólo por sus propiedades farmacológicas, sino también por la forma en que una sociedad define el consumo de las mismas y por las estrategias preventivas y de intervención que utiliza.

El fundamento que lo rige es que una política preventiva no puede hacer abstracción de la estructura socioeconómica y de los aspectos psicológicos y culturales de los consumidores de drogas.

Los procesos de urbanización e industrialización sin una planificación adecuada, los sentidos y significados que los sujetos y las sociedades le otorgan al consumo de drogas, es decir,

el lugar que estas prácticas tienen en la historia de los grupos sociales y el modo en que se imbrican con los afectos, las emociones y las experiencias de dolor y goce, así como también, las desigualdades, la falta de oportunidades, la marginación, las vulnerabilidades, la pobreza, el desempleo, el abandono escolar, la discriminación, el analfabetismo, la estigmatización que sufren quienes consumen drogas independientemente del nivel socio-económico en que se encuentran y la carencia de una vivienda digna, deben considerarse factores causantes de la aparición masiva de los consumos abusivos de drogas.

Se trata de un modelo menos instalado en la sociedad actual, por lo que no es tan usual encontrar explicaciones del abuso de drogas que tengan en cuenta estos aspectos. Se privilegian en él los significados que los sujetos otorgan a las prácticas de riesgo y cuidado a partir de su pertenencia a determinados contextos socio-culturales.

Este modelo integral basado en lo comunitario que proponemos, encuentra entre sus antecedentes, un recorrido que podemos situar desde las últimas décadas del siglo XX y hasta la actualidad, en donde se vienen desarrollando experiencias de intervención y abordajes que buscan relacionar los aspectos de la salud con dimensiones estructurales y experiencias subjetivas contraponiéndose con lo que se definió como modelo médico hegemónico. En este sentido, el modelo basado en un abordaje comunitario busca profundizar el paradigma que se ha iniciado desde las ciencias sociales, la salud colectiva, la medicina social y la promoción de la salud integrando estas perspectivas de trabajo pero enfatizando el eje de trabajo en la dimensión comunitaria.

A diferencia del tratamiento comunitario que apunta a garantizar una mayor cobertura y adherencia a tratamientos por drogas de personas, familias y grupos en donde las respuestas institucionalizadas no dieron los resultados esperados, o no son adecuados, (Milanese, 2012), el modelo integral de abordaje comunitario, busca construir un espacio de vinculación, encuentro y empoderamiento para los grupos sociales –presenten o no una fuerte exclusión social– en donde sean ellos también los responsables de marcar el rumbo a seguir, ya sea motorizados por su propia iniciativa, o bien, sumándose al trabajo impulsado inicialmente a partir de un grupo de actores sociales (profesionales o no).¹

Son los actores sociales los que junto a las instancias estatales deben construir las respuestas posibles basándose para ello en lo que ya existe y en lo que se puede generar. Asimismo, este abordaje entiende que los problemas de consumos de drogas no son un problema solo de quienes las consumen y de sus familias, sino que es la comunidad en su conjunto la que debe implicarse. Entenderlo de este modo nos hace ser parte de la problemática y de la respuesta.

1- Personas con diversas formaciones y/o con experiencia en trabajo comunitario, que han logrado sistematizar experiencias y conocimientos, lo que les ofrece una mirada global del proceso. Esto lleva a que los nuevos grupos sociales que encaran este tipo de proceso, no incurran en prácticas que otras experiencias ya demostraron que no presentan resultados efectivos. De todos modos, no se debe ignorar que esto es un proceso y cómo tal se debe construir en la marcha.

Entendemos por comunitario, en términos de efrem milanese (2009; 2012), al sistema de interrelaciones que se establece entre: un sujeto individual –dimensión subjetiva–, el grupo – dimensión intersubjetiva, redes informales– y las instituciones –dimensión intersubjetiva, redes formales– que forman parte de un territorio. En este sentido, la comunidad local es el conjunto de redes sociales que definen y animan un territorio geográficamente delimitado.

El autor sintetiza los siguientes como los elementos centrales de la comunidad: un conjunto de redes, estas redes definen un territorio (le dan forma dinámica y original a la dimensión de lo local²) y lo organizan (contribuyen en la construcción de su cultura y de sus productos). Las redes son por definición flexibles y abiertas, por ello, las comunidades también lo son.

Con esto no buscamos responsabilizar a las comunidades de tener que ser ellas las encargadas de dar las respuestas adecuadas para estas problemáticas, consideramos que un abordaje de este tipo debe habilitar y propiciar el encuentro de lo comunitario y así potenciar y avanzar en lo que hay, lo que debe mejorar y lo que falta.

El modelo integral de abordaje comunitario apunta a prevenir y a promover la salud, para ello, busca anticiparse a los problemas que el consumo puede ocasionar. Por este motivo su énfasis se ubica fundamentalmente en el enfoque de la prevención inespecífica, ampliándolo con los desarrollos de la promoción de la salud. La salud es un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida. Asimismo, este modelo no descuida sino que también busca **trabajar de manera conjunta en la atención y/o tratamiento. Ambas instancias deben propiciar la articulación de la demanda espontánea de las personas con la oferta del Estado y de la sociedad civil que trabajan dando respuestas a estas problemáticas.**

Esta perspectiva de trabajo busca conocer y valorar, todas las propuestas de promoción de la salud, prevención y/o tratamiento que han mostrado alguna efectividad, sin sustituir ninguna, sino incluyendo nuevas opciones, poniéndolas en diálogo y permitiendo el intercambio y la permeabilidad entre los distintos niveles de respuestas sin desestimar que habrá un estándar mínimo de calidad para poder incluirse en este grupo. Se busca también identificar fortalezas, debilidades, obstáculos y aprendizajes en la ejecución de las mismas.

En el desarrollo del modelo integral de abordaje comunitario existen CUATRO CONCEPTOS CLAVE, enlazados entre sí:

El empoderamiento, definido como el mecanismo o proceso por el cual las personas, organizaciones y comunidades adquieren dominio sobre sus vidas, a través del desarrollo

2- Lo local se refiere al mismo tiempo al componente geográfico/espacial y a la dimensión cultural y simbólica.

de sus capacidades y recursos, para lograr la transformación de su entorno según sus necesidades y aspiraciones, transformándose al mismo tiempo a sí mismos (Montero, 2005; Chapelá Mendoza, 2007).

La participación social, que según Muller (1979) permite el desarrollo de la población incorporando su capacidad creadora, expresando sus necesidades y demandas, defendiendo sus intereses, luchando por objetivos definidos, involucrando a la comunidad en su propio desarrollo y participando en el control compartido de las decisiones.

La asociatividad, definida como la densidad del tejido social, de las relaciones entre las personas y entre las agrupaciones y las organizaciones, lo que genera entre los miembros de una comunidad prácticas de cuidado relacional, de seguridad y de protección.

El sentido de comunidad, que se refiere al sentimiento de pertenencia de los miembros de una comunidad que sienten que son importantes para el grupo y los hace compartir una conexión emocional entre sí.

A su vez, un abordaje que busque trabajar de manera integral la problemática del consumo de drogas debe tener como meta la articulación de sus acciones con otros actores individuales y sociales: sector salud, educativo, desarrollo social y económico, laboral, seguridad y justicia, teniendo en cuenta que esto debe realizarse en un doble movimiento: a) hacia el interior, atrayendo a todos los actores, instituciones y redes que trabajen directamente en torno a esta problemática y b) hacia el exterior, haciendo presente la temática de los consumos de drogas en el resto de las políticas sectoriales y participando en las instancias de articulación.

Teniendo en cuenta que una característica básica de las sociedades actuales es la reducción de la participación social expresada en buena medida en el debilitamiento de rituales que vinculaban a las personas entre sí, los programas socio-comunitarios favorecen la **movilización social en lo que concierne especialmente a la “RELIGACIÓN”, es decir, a la producción de identidades grupales y pertenencias.** El involucrar a las personas en actividades colectivas cuestiona el individualismo y la apatía. Se tiende así a superar la atomización social y a favorecer la autonomía de los individuos y los grupos (Menéndez, 2006).

El fortalecimiento de la movilización social, del sentido de comunidad y del empoderamiento/fortalecimiento en la comunidad genera una creciente **“ASOCIATIVIDAD”, definida como la generación de redes y organizaciones** (Torres y Carvacho, 2008; Krause *et al.*, 2008). En el marco de la propuesta Eco2, una red social consiste en un campo de relaciones que las personas establecen en un determinado espacio y tiempo (Milanese, 2012). En este espacio de encuentros, las personas construyen su identidad y son reconocidas por los demás en su propio contexto. Por ello, puede pensarse en una red social como un sistema que se auto-reproduce, el cual reproduce no sólo su estructura, sino también sus elementos (los sujetos). Por esta razón, ningún elemento tiene existencia independientemente de los otros, ellos son el producto del sistema. (Machín, Velasco, & Moreno, 2010: 111 en Milanese, 2012).

Así, desde una concepción integral y constructivista de la salud, se busca habilitar a los sujetos individuales y colectivos a participar activamente en su redefinición. A partir del proceso de desnaturalización y reconocimiento reflexivo de los determinantes socioestructurales y de sus influencias sobre las prácticas, los sujetos comienzan a desarrollar sus potencialidades para modificar ambas condiciones hacia horizontes de bienestar construidos y reformulados según sus propias experiencias.

BIBLIOGRAFÍA

- Ayres, J. R. M. C.; Paiva, V.; França, I. (2012). Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. En Paiva, V et al. (orgs.) *Vulnerabilidade e direitos humanos. Prevenção e promoção de saúde*, Livro 1, Brasil, Juruá Editora.
- Caplan, G. (1980). *Principios de psiquiatría preventiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Castel, R. y Coppel, A. (1994). *Los controles de la toxicomanía. En A. Ehrenberg (comp.) Individuos bajo influencia: drogas, alcoholes, medicamentos psicotrópicos*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Czeresnia, D. (2006). El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción. En *Promoción de la salud. Conceptos, reflexiones, tendencias*. Dina Czeresnia y Carlos Machado de Freitas. Editorial: Lugar Editorial.
- Chapelá Mendoza, M. del C. (2007). Promoción de la salud. Un instrumento del poder y una alternativa emancipatoria. En E. Jarillo Soto y E. Guinsberg (editores), *Temas y desafíos en Salud Colectiva*. Buenos Aires: Lugar.
- El Abrojo, Instituto de Educación Popular (2007). *El equilibrista*. Tomo I. Montevideo: Frontera.
- Krause, M.; Velasquez, E.; Jaramillo, A.; Torres, A.; Turro, C.; Ramirez, M.T.; Bustamante, I.; *et al.* (2008). De destinatarios a pares: El desafío de trabajar con comunidades empoderadas. En C. Vázquez, M. Figueroa, W. Pacheco, & D. Perez (Eds), *Psicología comunitaria internacional: Agendas compartidas en la diversidad*. Puerto Rico: UPR.
- Menéndez, E. (2006) Las múltiples trayectorias de la participación social. En E. Menéndez y H. Spinelli (coord.), *Participación social ¿para qué?* Buenos Aires: Lugar.
- Milanese, E. (2009). *Tratamiento Comunitario de las Adicciones y de las Consecuencias de la Exclusión Grave – Manual de trabajo para el operador*. México: Plaza y Valdés Editores.
- Milanese, E. (2012). *Tratamiento Comunitario. Manual de trabalho I. Conceitos e Práticas*. Sao Paulo: Instituto Empodera.
- Montero, M. (2005) *Introducción a la Psicología Comunitaria*. Buenos Aires: Paidós.
- Muller, F. (1979) *Participación popular en programas de atención primaria sanitaria en América Latina*. Colombia: Universidad de Antioquia.
- Paiva, V. (2006). *Analizando cenas e sexualidades: a promoção de saúde na perspectiva dos direitos humanos*. En C. F. Cáceres, M. Pechery, T. Frasca, G. Careaga (editores) *Sexualidad, estigma y derechos humanos. Desafíos para el acceso a la salud en América Latina*. Lima: FASPA/UPCH.
- Picchi, M. (1990). *La prevención en la escuela*. Madrid: Proyecto Hombre.
- Puyol, A. (2014) ¿Quién es el guardián de nuestra propia salud? Responsabilidad individual y social por la salud. *Revista Española de Salud Pública*. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v88n5/03_colaboracion-especial2.pdf
- Restrepo, H.; Málaga, H. (2001). *Promoción de la Salud: Cómo construir una vida saludable*. Bogotá: Editorial Médica Panamericana.
- Torres, A. y Carvacho, H. (2008). “Mesa barrial en la población Yungay”. En *II Conferencia Internacional en Psicología Comunitaria*. Lisboa, 4-6 de junio.
- Wald, G. (2009). Promoción de la salud a través del arte: estudio de caso de un taller de fotografía en “Ciudad Oculta”, la villa N° 15 de la Ciudad de Buenos Aires. En *Salud colectiva*, Vol.5, (3), pp. 345-362.

Hoy se juega

La incorporación en APS del fútbol participativo como tecnología de prevención inespecífica y accesibilidad en problemáticas relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas



LAFRANCONI, MARIANO
Médico, Residente de segundo año de
Medicina General. CAPS 10, José León
Suárez, San Martín. Período 2016-2017.
lafran@gmail.com

MARQUEZ, DIEGO
Médico, Residente de segundo año de
Medicina General. CAPS 10, José León
Suárez, San Martín. Período 2016-2017.
diegofmarquez@hotmail.com

WILLIAMS, RICARDO
Médico, Residente de cuarto año de
Medicina General. CAPS 10, José León
Suárez, San Martín. Período 2014-2017.
ricardo_williams@hotmail.com

PARERA, CARLA
Médica, Residente de cuarto año de
Medicina General. CAPS 10, José León
Suárez, San Martín. Período 2014-2017.
carli_par@hotmail.com

DE LIO, NATALIA
Médica, Residente de cuarto año de
Medicina General. CAPS 10, José León
Suárez, San Martín. Período 2014-2017.
naty_rahma@hotmail.com

RESUMEN :: A fines del 2014 la Residencia de Medicina General del CAPS 10 se propuso abordar el consumo problemático en Villa Esperanza/Corea.

El objetivo fue la constitución y posterior análisis del fútbol participativo como práctica de prevención inespecífica y de aumento de la accesibilidad a los servicios de salud. Para ello nos hemos reunido semanalmente en la cancha del barrio, con una modalidad de juego que permitía la incorporación de todo aquel que quisiera sumarse. Ha sido una experiencia de creación de vínculos, exploración de redes, transformación interna y alegría. Se pudo ver cómo los actos hacia el afuera del CAPS cambiaron lo que sucedía dentro, y el modo en que los/as usuarios/as accedían al mismo. Entendemos la prevención inespecífica como una tecnología ardua en su sostén y evaluación, con resultados sumamente difíciles de captar, pero una forma de llegar a ellos sumamente potente, que podría ser el resultado en sí.

PALABRAS CLAVE: APS; Consumo problemático; Accesibilidad; Prevención Inespecífica; Fútbol Participativo.

"TODAY WE PLAY": THE INCORPORATION IN PHC OF PARTICIPATIVE SOCCER AS A TECHNOLOGY OF UNSPECIFIC PREVENTION AND ACCESSIBILITY IN PROBLEMATICS RELATED TO PSYCHOACTIVE SUBSTANCES CONSUMPTION.

ABSTRACT: Towards the end of 2014, The General Medicine residency located at CAPS 10 peripheral health center (Buenos Aires, Argentina) decided to approach the problematic consumption of substances in Esperanza/Corea neighborhood.

The objective is the constitution and posterior analysis of participative soccer as practice of unspecific prevention and increase of the accessibility to health services. We have gathered every week at the neighborhood's court with a game modality that allowed the incorporation of every person who wanted to play.

It has been an experience of links creation, net exploration, internal transformation, and joy. We could see how the acts made outside the health center changed what happened inside, and the way in which the users acceded it.

We understand unspecific prevention as a technology difficult to sustain and evaluate, with elusive results, but a way to reach them extremely potent – which can also be the result itself.

KEY WORDS: PHC; Problematic Consumption; Accessibility; Unspecific Prevention; Participative Soccer.



¿A dónde hubiera florecido la madera?

¿A quién hubiese cobijado tanto cuero?

¿Qué hubieran construido encima de esta tierra?

¿Qué hubieran hechos tantos hombres con su infierno?

120 monedas, Zambayonny

INTRODUCCIÓN

Atando los botines

A partir de diciembre del 2014 y en virtud de los resultados del ASIS (Análisis de Situación de Salud), la Residencia de Medicina General (RMG) del Centro de Atención Primaria de la Salud 10 (CAPS 10) se propuso abordar el consumo problemático en Villa Esperanza o Villa Corea, barrio cuyo dicotómico nombre muestra su ambigua y estigmatizada relación con la circulación, venta y consumo de sustancias ilegales.

Esta problemática no sólo impacta en la salud de lxs adolescentes y adultxs jóvenes, sino también en el bienestar de toda la comunidad, ya que genera tanto situaciones de enfrentamientos en los cuales se pone en riesgo la integridad física de todxs lxs vecinos, así como de aislamiento y desarmado del entramado social. El barrio también se caracteriza por la falta de actividades recreativas para lxs niñxs que funcionen como espacios de contención y fomenten la creación de vínculos saludables y la expresión de emociones, así como de instituciones gubernamentales que no sean “la salita”.

Es así que como RMG, junto con algunxs trabajadorxs de planta, decidimos abordar inicialmente el consumo problemático de sustancias desde una perspectiva de prevención comunitaria inespecífica buscando, por un lado, crear espacios recreativos saludables en el barrio y, por el otro, generar un vínculo más cercano y amigable entre lxs médicxs de la salita y lxs niñxs y jóvenes de la comunidad (estén o no en situación de consumo) favoreciendo la accesibilidad de los mismos al CAPS. Las preguntas que nos hacemos son: ¿Cómo puede la práctica del deporte, en particular del fútbol, propiciada por referentes del CAPS, ser la tecnología o llave que vincule a la “población invisible” con la salita?, ¿Qué valores aporta esta medida de prevención inespecífica del consumo problemático al Barrio Esperanza?

PARTIDO INICIAL

Así arranca el partido

La experiencia se llevó a cabo desde el 3 de diciembre de 2014 hasta la actualidad, y sin fecha límite. Fue realizada tanto en el CAPS como en el “potrero” (cancha de fútbol aledaña a la plaza) y el “tinglado” (cancha de cemento cubierta) que están enfrente. Todo esto se encuentra en el municipio de

General San Martín, al noroeste del conurbano bonaerense, cuya economía está dominada por el sector industrial. El área programática es predominantemente residencial, con casas de material, calles asfaltadas, con electricidad, gas en red y servicio de recolección de residuos; la mayoría del área cuenta con cloacas, a excepción de Villa Corea/Esperanza.

La iniciativa surgió en la RMG tras una serie de intervenciones con un psicólogo, donde se repasaron conceptos como prevención inespecífica, reducción de daños y entrevista motivacional. Estos disparadores y nuestra situación de lejanía (al menos vincular) con la población objetivo, fueron las que nos sugirieron esta estrategia del fútbol como acercamiento.

Durante el primer encuentro de fútbol la participación no fue la esperada, de hecho, la población invitada directamente no vino. Aun así, se generó una dinámica que permitió que otrxs pibxs se acerquen a una actividad propuesta por el centro de salud. Otro de los aspectos positivos, fue la participación del personal del equipo de salud en la actividad en horario no laboral, algo que no había sucedido con otras actividades comunitarias propuestas.

La experiencia del primer encuentro toma un valor cada vez más grato conforme pasa el tiempo, que se diferencia notablemente de la impresión inicial. Nos parece importante el no haber bajado los brazos ante la ansiedad y las frustraciones.

En los partidos de verano fue dónde comenzó a fluir la experiencia. Hubo un referente de la zona, “el Tordo”, que venía con sus hijos, Mati y Bahiano, a jugar y daba consejos a chixs y adultxs sobre el juego en particular y la vida en general; al tiempo que contaba sus anécdotas del día, semana u año. Aunque se tomaba el fútbol demasiado “a pecho” y siempre había que decirle que “pare un poco la patita”, él decía que “no podía cambiar la forma en que se manejaba en la cancha ni en la vida” y ante la duda, “le habían ido fuerte primero a él”. Cuestión, que siempre se sumó, jugando o no, incluyéndose a futuras jornadas de trabajo en el barrio (jornadas a las que otrxs vecinxs, que podían tildarlo de “vago”, paradójicamente, no iban).

En tanto, sin darnos cuenta y cuando menos la forzábamos, la dinámica de los miércoles se iba instalando. Lxs chixs se fueron animando a entrar primero a la salita y luego a la residencia para preguntarnos cuándo jugábamos, o para llevarse la pelota. Lxs pacientes y el resto del equipo nos veían salir a jugar y quedarnos en la cancha con la salita cerrada. Algunas vecinas y vecinos se sentaban a ver cómo jugábamos, y siempre hubo algunx nuevx que se “prendía”.

Con el tiempo se iban instalando las reglas de los partidos, que variaban según la cantidad de gente (que llegaba y se iba constantemente, sin respetar un horario en particular, lo cual requería mayor flexibilidad para que todxs jugaran un tiempo similar) y según la caída del sol. Por defecto, jugábamos a tiempos de 10 minutos y “a dos goles”, y si la pelota no entraba para nadie o estaba empatado, el primer equipo que

tirara la pelota afuera era el que salía. No queríamos árbitro, los acuerdos primero se charlaban y se decidía usarlos; luego podían generar alguna que otra discusión o resistencia (sobre todo cuando implicaba perder la pelota), pero a medida que esa regla iba siendo usada por todas las personas, el margen de aceptación crecía y se pasaba, en cambio, a reclamar por su cumplimiento. Esto fue muy claro con la regla de “el que la tira afuera pierde”. Lo que nunca pasó fue que se intentara abusar de la regla; si bien algunxs chicxs exageraban los roces para que les cobren falta, algo habitual de ver en la TV, a ningunx se le ocurrió sacar provecho haciéndole rebotar la pelota al rival para dejarlo afuera de la cancha. Todxs querían quedar “adentro” por su mérito.

NO TODO ES FÚTBOL

Dinámicas particulares de un todo

Tras varios meses de encuentros, siguió circundando la propuesta de tener algo alternativo que no sea fútbol. Fue así que como RMG compramos palos de Vóley; y para poner en condiciones el baldío o trabajar en la huerta que se estaba revitalizando paralelamente, decidimos convocar a una “Jornada Barrial”. Mucha gente con la que ya habíamos formado vínculo se acercó, “puso el lomo” todo el día para poner “a punto el baldío” (se sacó inmensidad de vidrios, blisters de estimulantes y piedras) y para cavar los pozos de la cancha de vóley. También hubo otrxs más interesadx en los trabajos de huerta. Y como ese día jugaban los adultos (varones) del barrio al fútbol, los chicos se acoplaron a ese partido luego.

Si bien creemos que fue una jornada más que productiva – tanto vincular como materialmente-, vale la pena mencionar sucesos ocurridos durante el día que muestran “la hilacha” de la dinámica erosionada del barrio. Mientras en una esquina se intentaba transformar un sitio abandonado en un lugar de interés colectivo (algo que quienes se acercaron a ayudar comprendieron sin mayor explicación), dos aristas gruesas nos mostraban que seguimos inmersos en un sistema capitalista que oprime cuerpos y almas (es decir, lo mismo); una parece menor, pero en su insignificancia está su trascendencia. Necesitábamos hacer cemento, lo cual, como muchos sabrán, requiere arena. Por ello, “el Tordo”, se acercó a pedir si podía sacar una bolsa de la misma, de la “pila” gigante de un vecino. Le explicó el motivo, nos vió trabajar, sabía que no era un cuento. Aun así, el temor a que no le alcance para él, el “*me la compre para mí*”, podían más y nos negó la arena. Sin perder más tiempo, ni generar pasiones tristes alrededor de quien no lo estaría valiendo, nos subimos a un auto con “el Tordo” y fuimos a buscar un saco de arena a una constructora. El otro suceso fue un poco más grande, al punto tal que nos impidió inaugurar el Vóley. Básicamente, el dueño del terreno baldío que nos había dicho que “no había problemas”, fue

tiroteado. Mientras estaba internado, quedó a cargo una familiar que no estaba de acuerdo con la medida, hasta nos dijo que removamos los palos de vóley. Si bien hicimos caso omiso de su pedido, y todxs lxs que la conocían nos decían que “*no le demos bola*”, lo cierto es que, desde entonces, solo pusimos una vez la red de vóley (y, obviamente, la gente jugó). Ya más adelante, y volviendo sobre relaciones complejas que no aceptan blancos o negros, se dio una anécdota que nos marcó, durante uno de esos días en que había tantxs chicxs que ya no sabíamos que hacer. La cancha con 4 equipos rotando, afuera unos 10 chiquitxs jugando entre sí con uno o dos médicos intentando coordinar, y mucha gente en la plaza. En eso, uno de los pibes “del gauchito”, que siempre estaban mirando y nos transmitían su valoración por lo que estábamos haciendo, se acercó con un fajo de billetes de 2, 5, 10 pesos. Nos dijo que era su forma de aportar a lo que hacíamos, que les parecía muy piola, que compremos alfajores, gaseosa o lo que nos parezca. La misma plata originada a partir del consumo de sustancias psicoactivas y el narcomenudeo, se convertía simbólicamente en la chance de brindar una alegría a lxs pibxs que no estaban “pegados” al consumo.

¿A QUÉ JUGAMOS?

Tácticas, contraataque, toque y retoques

Para culminar la reseña, lo que viene sucediendo es que desde hace unos meses se están acercando los mismos chicos, sus edades oscilan entre 7 y 20 años. Algunxs transan adelante nuestro, otrxs vienen después de trabajar y consumen, otrxs también viene de trabajar y no consumen, otrxs vienen después de la escuela y a otrxs los traen las mamás. Algunxs vecinxs se acercan a ver como jugamos, algunxs pacientes nos preguntan si hoy es el día que jugamos al fútbol, otros vecinos se nos acercan para decirnos que tenemos buen corazón y quieren colaborar con el espacio. Y en la salita, mientras, pasan cosas. Lxs residentes con más “cancha”, se animan a citarse pacientes que preguntan para dejar de consumir. Llega un punto en que hay entre 5 y 10 seguimientos, pero no son sencillos, no tanto por el consumo en sí, sino por las circunstancias complejas de vida que impiden que hasta quedar a una hora determinada en la sala sea sencillo: ser accesible y trabajar en consumo implica saber que los cronogramas tienen emergentes casi permanentes. Hay que tener la “cintura” para manejar eso, sin culpar de irresponsable a quien supo acudir a consultar –sea desde la cancha o desde el pasillo-.

CHARLA DE VESTUARIO

Valoraciones surgidas entre las y los participantes

La creación de espacios colectivos no es una tarea fácil. Muchas veces confrontamos entre lo que nosotrxs pretende-

mos o esperamos del espacio y lo que hace el resto con eso que nosotros proponemos. Después de unos cuantos meses de jugar al fútbol con los pibes, parece que de eso se trata. Aprender a trabajar con las respuestas de la comunidad y redefinir las ideas.

El trabajo realizado llevó a reconocer nuevos horizontes, plantear nuevas maneras de abordar la demanda en cuanto a consumo problemático que comenzó a surgir, y reflató la necesidad de buscar/crear nuevas redes en el barrio. Se han llevado a cabo encuentros semanales con chicos (mayormente) y chicas de diversas edades (desde 4 a 16 años) para jugar al fútbol, y en el medio hemos problematizado y charlado sobre qué nos pasaba con esto, qué visión tenía el barrio del asunto, cómo se podría mejorar, qué fin tiene, si de verdad estaba ayudando con el problema inicial del consumo o al menos, con algún otro problema que no estábamos viendo; todo eso al tiempo que se le mete el cuerpo a juntarse y jugar, llueve o truene (literalmente). Sigue habiendo una pregunta que nos da vueltas en la cabeza: ¿Qué significados y sentido atribuyen los usuarios y profesionales del CAPS 10 al espacio recreativo «Hoy Se Juega»?

Y otras preguntas nos han venido a la mente en estos meses: ¿para quién es un problema el consumo problemático de sustancias?, ¿todo el equipo de salud entiende lo mismo por problema?, ¿el problema es que se asocia el consumo a la inseguridad?, ¿para «los pibes del gauchito» es un problema?, ¿cuánto sabemos, como agentes territoriales, realmente de la situación del Barrio?

Y siguen las preguntas: ¿Entonces, qué es lo que estamos haciendo?, ¿prevención inespecífica?, ¿sólo jugar al fútbol?,

¿no sabemos lo que queremos hacer?, ¿nos pagan por jugar al fútbol?. Son días complejos los miércoles, nos cuesta juntarnos, no activamos, nos proponemos actividades y no las cumplimos. Nos ofuscamos, lo problematizamos, nos volvemos a ofuscar, salen ideas copadas, mandamos mail y llega el otro miércoles. Pero desde hace unos meses, los pibes vienen a golpear la puerta de la RMG, desde hace unos meses nos esperan, desde hace unos meses, el miércoles se juega al fútbol.

¿Cómo impacta esta práctica en la salud?, ¿en el barrio?, ¿y en los pibes? ¿Qué hacemos con este espacio que se gestó hace casi 2 años y se sigue sosteniendo? A pesar de que los «Pibes del Gauchito» sigan en la suya...

CONCLUSIÓN

Lo que yo busco en la performance de cada actor es el Hamartia, un término de arquería que se refiere a la forma en que se yerra, no a la forma en que se acierta. David Duchovny.

La tecnología en salud creada es, como todas, perfectible, pero hemos conseguido que exista y que genere tanto accesibilidad como prevención inespecífica en relación ya no al consumo problemático, sino a una población objetivo que incurre o podría incurrir potencialmente en el mismo. A modo de conclusión y síntesis, dejaremos los aspectos/aprendizajes/logros positivos y negativos de la experiencia (entendiendo que esta división es forzada y la realidad no admite dicotomías):

Positivos	Negativos
Creación de vínculos entre miembros de la salita y el barrio que van más allá de lo institucional, pero que lo fortalecen.	Falta de apertura hacia nueva gente (en particular chicas), por incapacidad/falta de tiempo/interés de generar nuevas propuestas ya sea desde los pibes como desde el equipo de salud.
Ocupación durante una tarde entera de espacios públicos poco aprovechados, que se traslada a gente incluso no interesada en el deporte, así como la posibilidad de involucrar a miembros de la comunidad en la modificación de sus propios espacios públicos.	Falta de operativización de tareas básicas: sistematizar la experiencia (relatos, fotos, videos); encargarse de un tercer tiempo; disponer los elementos necesarios para el espacio; encargarse de los más pequeños; difusión; creación de eventos especiales (torneos, asados); entre otras.
Posibilidad de reconocer ciertas redes barriales informales, relacionadas más con lo afectivo que lo institucional.	
Transformación interna de los participantes de la salita, así como ampliación de sus percepciones, al jugar y estar con gente que habita el barrio, y conocer problemáticas que les atraviesan y no se visibilizan dentro de la salita.	
Posibilidad de pasar un buen rato y divertirse, entendiendo tanto la actividad física como el tiempo libre como pilares de la salud o al menos una vida que vale la pena ser vivida.	

PROPUESTAS QUE HAN SURGIDO A PARTIR DE ESTA PRÁCTICA

Realización de un estudio cualitativo sobre los sentidos y significados atribuidos a HSJ.

Constitución del espacio deportivo de prevención inespecífica (HSJ) en "Política Pública del CAPS", como estrategia para trascender a la RMG y poder ser replicado por otras instituciones de salud.

Plasmar la idea en un proyecto, a partir de una tecnología o "producto" de salud creado. Esto permite:

- Extensión de la experiencia.
- El formato legitima, sustenta y protege.
- Tentar a las lógicas estatales que buscan la "aplicabilidad" de las experiencias.
- Obtención de recursos.

Hacia otras instituciones que quieran arrancar de cero a trabajar esta temática, recomendamos: el estar en la calle, la presencia como fin en sí mismos. Con una escucha activa y una sistematización de lo que ocurre y los caminos tomados; pero sin el malestar capitalista de la "utilidad", sino con la plena alegría de la comuna.



Vamo' a bailar /
Para cambiar esta suerte /
Si sabemos gambetear /
Para ahuyentar la muerte...

"El Baile de la Gambeta",
Bersuit Vergarabat

BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA

Facebook, *HOY SE JUEGA- Villa Esperanza*
Lafranconi, M., Williams, R., De Lío, N., Marquez, D. y Parera, C. (2016). *Hoy Se Juega - Relato de Experiencia*. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=WmtMMtZ4qd8>
Ase, I. y Burijovich, J. (2009). La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud?. *Salud Colectiva*, 5(1), 27-47.
Borini, M. (2011). *Accesibilidad al primer nivel de atención*. Recuperado de https://docs.google.com/document/d/1bdlCeR2NjFZlGZle9g8_ym-2ov_LgSS5V2ikoM9dxps/edit?hl=en_US
Comes, Y., Garbus, P., Solitario, R. y Stolkner, A. (2008). *Derechos, ciudadanía y participación: Algunas articulaciones en torno al acceso a la*

atención en salud. Documento presentado en la Jornada de Investigación UCES 2008, Buenos Aires, Argentina.
Escototado, A. (1989). *Aprendiendo de las drogas: usos y abusos, prejuicios y desafíos*. España: Anagrama.
Kornblit, A. L., Camarotti, A. C. y Di Leo, P. F. (2011). La construcción social de la problemática de las drogas. En *Prevención del consumo problemático de drogas. Módulos teóricos y actividades complementarias de ejercitación y trabajo en el aula*. Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Educación de la Nación.
OMS (1978). *Declaración de Alma-Ata*. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata. Recuperado de http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=270

Peluso, E. B. (2014). *Desde adentro no se ve, una experiencia de salud domiciliar en contexto de vulnerabilidad*. Trabajo presentado al Congreso de Medicina General de la FAMG, RMG Piñero, CABA, Argentina.
SEDRONAR (2013). *Manual del preventor comunitario: una guía para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas en la comunidad*, 1a ed. Buenos Aires, Argentina: Secretaría de Programas para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico.
Touzé, G. (2010). *Prevención del consumo problemático de drogas. Un enfoque educativo*. Buenos Aires: Ministerio de Educación - Troquel.
UNICEF. (2012). *Fútbol Comunitario para la Participación*. Argentina: FUCOPA- UNICEF.
William Miller, S. R. (1991). *Entrevista motivacional: preparar para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona: Paidós.



“Existe una cita secreta entre las generaciones que fueron y la nuestra.”

Walter Benjamin

Es sábado al mediodía. Lluve. Julieta Calmels nos recibe en su casa, embarazada de 9 meses. Tres días más tarde nacerá su hija. Su nombre y su rostro resultan familiares, aunque es la primera vez que charlo con ella: Consejera en la Facultad de Psicología durante los convulsionados 2000, referente para toda una generación de psicólogos comprometidos con “lo social”, participó desde el llano, en las discusiones y debates que luego dieron nacimiento a la Ley de Salud Mental. Hasta hace unos meses, fue la directora del Centro Ulloa, dependiente de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación. Esta nota es producto de una intensa entrevista brindada con afecto y generosidad.

El “**Centro de Asistencia a Víctimas de Violaciones de Derechos Humanos Dr. Fernando Ulloa**” se creó en octubre de 2010. Sólo su nombre ya nos habla de un posicionamiento, un “modo de estar” al decir del médico psicoanalista Fernando Ulloa, reconocido por su compromiso social y político, y sus aportes conceptuales y prácticos a la lucha por los Derechos Humanos.

SALUD MENTAL Y
DERECHOS HUMANOS

El Centro Ulloa, una institución que se constituye desde prácticas reparatorias*

* Esta nota fue escrita en Mayo del 2016 pero se pospuso su publicación hasta el actual número. Agradecemos a la Lic. Julieta Calmels por recibirnos y su predisposición. Así como a los Lic. Ana Alli y Lic Juan Pablo Burwiel, residentes de 2° año del Hospital Nacional en Red Lic Laura Bonaparte, por su colaboración en la entrevista.

— Foto: Luciana Sendin

Es Eduardo Luis Duhalde, el abogado militante (no el otro) quien junto con su equipo retoma varias experiencias que se venían realizando desde los organismos de DDHH y colectivos de profesionales de salud mental vinculados al campo social para dar forma al Centro Ulloa. Tanto el Equipo de Abuelas, organizado por la Lic. Alicia Lo Giudice que cumplió un rol fundamental en el proceso de recuperación de los nietos, acompañando y dando el debate teórico acerca de los procesos identitarios y filiatorios de los niños apropiados por la dictadura; como el Equipo Argentino de Trabajo e Investigación Psicosocial (EATIP) conformado entre otros por Darío Lagos, Diana Kordon y Lucía Edelman, quienes desde el regreso de la democracia brindaron asistencia tanto de manera individual como colectiva, forman parte de los muchos antecedentes que dan lugar a la conformación del Centro Ulloa, así como experiencias en APDH, CELS y Familiares de Detenidos-desaparecidos. Lo distinto esta vez, es que es el propio Estado el que brinda la asistencia, con el objetivo de reparar algo de lo mucho que destruyó en el tejido social y en la historia de cada uno de sus miembros.

UN POCO DE HISTORIA (RECIENTE)

A partir de la anulación, por parte del Congreso, de las leyes de Obediencia Debida y Punto Final, en el año 2003 comienza todo un proceso de políticas públicas reparatorias por parte del Estado Nacional hacia las víctimas del terrorismo de Estado. En este marco, en el año 2006 se reabren los juicios a los diferentes responsables de la violación sistemática a los DDHH que el estado argentino realizó durante la última dictadura militar, y cientos de personas comienzan a ser llamadas para dar testimonio de lo que vivieron durante esos años, así como muchas otras se erigen como querellantes. Es en este proceso que se crea el Centro Ulloa, con el objetivo de acompañar en todo el país, los testimonios ante la Justicia, de los cientos de testigos que son llamados a declarar y de aquellos que deciden reclamar justicia. Algunos han dado su testimonio hace años, otros siguen militando en organismos de derechos humanos, muchos se encuentran en diversas ciudades y pueblos de la Argentina, con sus vidas cotidianas, al parecer lejanas al horror. Tal como Julio López, el obrero platense jubilado, quien desaparece luego de declarar en un juicio contra Miguel Ezechocolatz, para mostrarnos lo que muchos sospechaban: el pasado, siempre es parte del presente, la diferencia es qué hacer con eso. Como respuesta ante la innegable desprotección de las víctimas se crea el Plan Nacional de Acompañamiento a testigos y querellantes.

Julieta nos relata con pasión profesional las diversas tareas que el Centro Ulloa fue construyendo, capitalizando todo el bagaje intelectual de una tradición psi comprometida con los DDHH y un proceso de políticas sociales que legitima a las víctimas de la dictadura como protagonistas de la historia.

Habla del Centro Ulloa, como una interfase entre la Justicia y la Salud Mental, interviniendo en el campo judicial, humanizando el proceso que muchas veces no tiene en cuenta lo que le sucede a la persona que debe dar testimonio, de un acto de tortura, de la privación ilegítima de su libertad o el secuestro de un vecino. Ahí aparecen los profesionales de la salud mental, acompañando, el proceso. A veces intercediendo para no tener que repetir en varias causas, una y otra vez un hecho traumático, otras ayudando a redimensionar el lugar en la vida de esa persona en el testimonio ofrecido. Evaluando en cada caso, el lugar que dar testimonio tiene para ese sujeto, el impacto subjetivo que ese decir tiene en su actualidad, trabajando sobre los efectos reparatorios para evitar revictimizar. Así se logran, en algunos casos, exceptuar a ciertos testigos del juicio oral que implica enfrentarse al torturador. Esta escena en otros casos puede resultar reparatoria. No se trata ya de esa encerrona trágica de la que nos habla Ulloa, hoy hay terceros, garantías, jueces, leyes. Esta operatoria del caso por caso, se logra re-dimensionando una tarea un poco devaluada en el ámbito psi como es el **acompañar**, antes, durante y después de los juicios, logrando un vínculo de sostén y alojamiento subjetivo que posibilita hablar del **derecho a declarar**. Recordar experiencias para dar testimonio, tarea titánica cuando lo que está (estuvo) en juego es la vida, propia o de compañeros, amores, vecinos, hermanos y familiares, pero también recordar para armar en la memoria social otro lugar para ellos, en el contexto de condena a los responsables de los crímenes de la dictadura. Julieta nos habla de los efectos reparatorios a nivel simbólico que tiene la sanción sobre los

que cometieron delitos de lesa humanidad.

Julieta Calmels asume la dirección del Centro Ulloa en el 2014, buscando dar continuidad a las prácticas que se venían sosteniendo y dando protagonismo a las nuevas injerencias, que surgen como respuesta a diferentes demandas sociales. Así se conforma un equipo para que atiende los casos de vulneración de derechos en torno a la violencia institucional. El sujeto en escena hoy víctima de las instituciones estatales (principalmente aquellas que detentan el monopolio de la violencia, las fuerzas de seguridad) es el pibe de barrio, que usa gorra y es potencialmente “un chorro” hasta que se demuestre lo contrario. Las acciones del Centro en este ámbito son tanto en el territorio, acompañando familias y ofreciendo tratamiento, como en red con diversas instituciones estatales y organizaciones populares, desarmando estereotipos y trabajando. La articulación con la Procuraduría General de la Nación y los Centros de Acceso a la Justicia (CAJ), son sólo parte del entramado que el Centro Ulloa fue tejiendo, sabiendo que cuanto mayor vulneración de los derechos, más densa es la red necesaria de sostener las prácticas reparatorias. En este contexto, y frente a una situación alarmante que el Centro Ulloa, lee como demanda social se crea el Convenio para atender a Víctimas de Cromagnon, a partir del incremento en la tasa de suicidios de los sobrevivientes, el organismo decide que no se puede seguir esperando que la gestión de gobierno de la ciudad se haga cargo del seguimiento de quienes sufrieron directa o indirectamente la tragedia del boliche de Once. Se conforman equipos interdisciplinarios propios que se suman a los que ya funcionaban en la casona del microcentro porteño ubicada en Esmeralda 138. Se arma un trabajo en red con efectores de salud públicos que receptionen la problemática de estos pacientes, entre ellos el Hospital Nacional en Red “Lic. Laura Bonaparte” (ex-cenareso). Como parte de los propósitos planteados por el Centro Ulloa se encontraba la producción teórica de conocimientos y de discursos, con la convicción que las prácticas en salud mental se enriquecen desde el campo de los derechos humanos, y que los profesionales actuantes tienen mucho para aportar a la conformación de las políticas públicas de las cuales forman parte. Así en noviembre del 2015, editan la última publicación: “Experiencias en salud mental y DDHH. Aportes desde la política pública”, hoy ya no disponible en la página del ministerio de Justicia y DDHH.

Si esta pequeña crónica sirve para generar alguna inquietud en el lector o lectora, ha cumplido con su propósito, es tan sólo una breve pincelada de lo conversado con Julieta esa tarde. Cada historia de las relatadas deja preguntas clínicas, teóricas e históricas, dimensiones imposibles de separar, que los profesionales del Centro Ulloa siguen intentando hilvanar desde sus prácticas.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

Benjamin, Walter; “Tesis de filosofía de la historia”.

“Experiencias en salud mental y DDHH. Aportes desde la política pública.” Nov 2015, Secretaria de DDHH de la Nación. <http://bit.ly/23pbtde>

“Marcados por la Memoria” Página 12. 1/08/2011- Mariana Carbajal. <http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-173469-2011-08-01.html>

“La construcción permanente” Página 12. 28/09/2007- Laura Rosso <http://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/las12/subnotas/3628-381-2007-10-04.html>

“Memoria del desaparecido” Página 12. 23/03/2006 – Dario Lagos y Diana Kordon. <http://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-64614-2006-03-23.html>

5

Cinco productos para entender nuestros consumos

ENZO MAQUEIRA

Escritor. Autor de *Electrónica* (2014), *El impostor* (2011) y *Ruda macho* (2010).

Elijo a Cheever, por ejemplo. Elijo sus cuentos del sueño americano roto, la historia del hombre que huye nadando a través de las piletas de los patios del vecindario, las podadoras, una fuente de ponche en un hogar que quiere dejar atrás. Adiós a su familia perfecta. Adiós a sus vecinos y la barbacoa. ¿Qué mejor metáfora del deseo de terminar de una vez por todas con nuestra aspiración por el consumo? O el cuento de la pareja que viene desde el campo, él escribió un guión, su mujer está esperanzada, pero los de la productora nunca tienen tiempo para ellos. El consumo simbólico: el de nuestro espíritu, también el de nuestro tiempo. El consumo de ideas y gente como el pilar de nuestros consumos. Sin embargo elijo a Cheever pero no a Carver, que es demasiado ascético, que incluso puede que haya predicho el futuro que iba a venir en forma de tensa calma, el discreto encanto de la burguesía, veinte años después de su muerte. Elijo a Cheever y elijo *Un mundo feliz*, por supuesto, aunque elegirlo sea un lugar común. Pero hasta el propio Huxley sabía que tenía razón. Por eso se animó a escribir un ensayo, *Regreso a un mundo feliz*, donde explica qué tan parecido era el mundo a lo que él había profetizado. Nunca supo que fue apenas un comienzo. El correr de los años demostrarían que la sociedad deformada, tele dirigida y empastillada que había creado Huxley en 1932 se convertiría en un mazazo en la cara para los que vivimos el nuevo siglo. Vaciar palabras, por ejemplo, ser incapaces de comprender qué significa felicidad. En el libro los ciudadanos viven en perpetuo bienestar, pero ese bienestar los abruma. Para escapar de la trampa consumen una pastilla. Todo es demasiado perfecto, sin embargo nadie puede sentirse suficientemente bien. Tome Soma y el problema desaparece. Huxley no lo pudo haber profetizado mejor.

Consumos. En gran parte de la filmografía argentina, y ni hablar de su televisión, lo que se consume es a la mujer: puta o bruja, puta o suegra, puta o madre bienaventurada. Gran parte de los femicidas de hoy se criaron viendo cómo Olmedo

y Porcel rebajaban a las mujeres a las categorías de figuritas de colección. No eran los únicos. Sí los más efectivos. Pero hicieron lo mismo Sofovich, Midachi, Rompeportones, Brigada Cola, Emilio Disi, Hiperhumor. Cualquiera de esos programas, You Tube mediante, puede servir para entender cómo nos crió el discurso patriarcal de la mano del boom de la televisión a color, por cable, metida en el living de nuestras casas. Porque ese fue el origen: los canales infantiles, los programas para adolescentes, las *propagandas* (¿sic?) dirigidas a convertirnos en pequeños grandes clientes para el mercado. Yo aprendí, como mis amigos, que aunque tuviera que pedirle plata a mi papá igual podía consumir. “¿Qué te crees? ¿Que la plata sale de los árboles?”, decía mi papá pero me daba los billetes para comprar el muñequito de He-Man, el arma láser de “V”, la pantera de los Thundercats. ¿Consumía a mi papá, que trabajaba de 8 a 19, de lunes a viernes, una hora para almorzar, mientras yo tomaba la leche frente al televisor?

Y consumir personas se consumen en *El mendigo chupapijas*, de Pablo Pérez. Esa es mi cuarta recomendación. No hace falta que aclare de qué se trata el libro. Puedo agregar que es una alegoría de la desesperanza, de haberse cansado de todo, de no encontrar satisfacción en ninguna parte. Porque al fin y al cabo eso es lo que el consumo nos hace. Una zanahoria atada a la trompa del burro. La ruedita donde el hámster morirá sin llegar nunca a ninguna parte. Cuando pienso en los orígenes de nuestros consumos pienso en que hubo muchos que lo vieron venir. No existían los celulares. No había un imperativo de ser feliz. No era necesario ser joven por siempre. No tanto como ahora, pero se ve que ya entonces era insoportable. Por eso Godard quiso que Ferdinand se convirtiera en Pierrot, le fou. Todo empieza cuando Ferdinand enloquece en una fiesta donde los invitados usan el lenguaje de la publicidad. Estalla y se lleva con él a Marianne, la niñera, con quien tuvo algún viejo amor. Los dos escapan de la civilización. Ganan algunos francos representando la guerra de Vietnam para los veraneantes. “Yeah -dice Pierrot con acento yanqui-, ¡comunista!”. ¿Ganará el comunismo o ganará el cosumismo? La respuesta nos sigue llegando en baldazos de agua helada. Por eso hay tantos que escriben libros, películas, canciones, que hablan de consumir. Acá fueron cinco: los cuentos de Cheever, *Un mundo feliz*, *El mendigo chupapijas*, ver programas de Olmedo y Porcel para entender por qué somos como somos, *Pierrot, le fou*. Y dejo algunos más como bonus: una película, *Trainspotting*; muchos libros: *Que viva la música*, *Patanleón* y *las visitadoras*, toda la obra de Hemingway y de la generación beat; los cuentos alcohólicos de Lucia Berlin; todos los poetas del under porteño; las películas de Gaspar Noé. Algunos denuncian, otros enseñan, otros reflejan exactamente el infierno en el que nos metimos. Epílogo: todos esas obras son productos que alguien crea, alguien vende, alguien compra; y así seguiremos adelante, a fuerza de vender, comprar, tener de dónde agarrarnos, hasta que nos consuma el más profundo de los silencios.