

**DOCUMENTO DE LA
COMISION INTERDISCIPLINARIA
DE EXPERTOS EN ADICCIONES**

*“Guía de Orientación a la Magistratura
para la Adecuada Atención de Personas
Consumidoras de Sustancias Psicoactivas”*

Guía de orientación a la magistratura para la adecuada atención de personas consumidoras de sustancias psicoactivas / dirigido por Miguel Arnedo. - 1a ed. - Buenos Aires : Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2010.
72 p. ; 28x20 cm.

ISBN 978-987-98154-9-6

1. Salud. 2. Adicciones. I. Arnedo, Miguel, dir.
CDD 614

Fecha de catalogación: 22/04/2010

No se permite la reproducción total o parcial, el almacenamiento, el alquiler, la transmisión o la transformación de este libro, en cualquier forma o por cualquier medio, sea electrónico o mecánico, mediante fotocopias, digitalización u otros métodos, sin el permiso previo y escrito del editor. Su infracción está penada por las leyes 11.723 y 25.446.

DIRECTORES:

- **Dr. Eugenio Raúl Zaffaroni**

Ministro de la Corte Suprema de Justicia de la Nación.

- **Dr. Sergio Gabriel Torres**

Juez Federal en lo Criminal y Correccional de la Capital Federal

COORDINADORES:

- **Dra. Laura Marcela Marrazzo**

- **Dr. Diego Alejo Iglesias**

COLABORACIÓN ESPECIAL:

- **Dra. Verónica Bresciani**

INTEGRANTES:

- **Dr. Carlos Damin**, médico especializado en toxicología.

- **Lic. Juan Carlos Domínguez Lostaló**, psicólogo forense y psicopatólogo.

- **Dr. Alejandro Todaro Kicyla**, médico, salud pública.

- **Dr. Carlos Alberto Morasso**, médico especializado en neurología.

- **Dra. Susana Cernadas**, médica especializada en psiquiatría.

- **Lic. Carlos Calbiño**, trabajador social.

- **Lic. Ricardo Daniel Paveto**, psicólogo.

- **Lic. Gustavo Eduardo Zbuczynski**, psicólogo.

CONSULTORES ACADEMICOS AD HOC:

- **Lic. Alberto Calabrese.**

Coordinador Técnico del Comité Científico Asesor en Materia de Control del Tráfico Ilícito de Estupefacientes, Sustancias Psicotrópicas y Criminalidad Compleja del Mrio. de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos de la Nación.

-**Prof. María Elena Naddeo.**

Presidenta de la Comisión de Salud Mental de la Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires. Ex Presidenta del Consejo de Niños, niñas y adolescentes del GCABA. Especialista en cuestiones de género y diversidad sexual.

INDICE:

PRÓLOGO del Dr. Eugenio Raúl Zaffaroni.....	7
Nota de los directores.....	9
Introducción de los directores.....	11
Presentación	13
Diagrama para la atención y derivación sanitaria de personas consumidoras de sustancias psicoactivas	15
Estado de Intoxicación	17
Diagnóstico y Derivación.....	17
Criterios de la Derivación:	
Dispositivos Ambulatorios.....	18
Hospitales y Centros de Día (Jornada completa o de media jornada).....	19
Dispositivos de Internación:	
Internación prolongada o residencial.....	20
Alternativas de medio camino.....	20
Evaluación Integral.....	21
-Evaluación psicológica y psiquiátrica.....	21
-Evaluación social.....	21
-Prevención y detección de infecciones asociadas al uso de drogas.....	22
-Evaluación neuropsicológica.....	22
-Embarazo.....	22
Recomendaciones, propuestas y considerandos de los miembros de esta comisión.	22
Fundamentaciones:.....	25
1- Consumo de sustancias psicoactivas, Dr. Carlos Damin.....	26
2- Bases esenciales para entender la definición del sujeto de intervención en tratamiento de adictos, Lic Juan Carlos Domínguez Lostaló.....	33
Otras consideraciones:	
1- La importancia de la neurología aplicada al tratamiento del consumidor de sustancias adictivas, Dr. Carlos Morasso.....	41
2- Algunos puntos relevantes del aspecto psiquiátrico y psicofarmacológico en la problemática del consumo de sustancias psicoactivas, Dra. Susana Cernadas.....	43
3- El trabajo social con niños, niñas y adolescentes consumidores de Paco y otras sustancias adictivas, Lic. Carlos Calbiño.....	45
4-Breves cuestiones sobre las políticas de drogas y las estrategias de reducción de daños y riesgos aplicada en materia de adicciones, Lic. Ricardo Daniel Paveto.....	49
Análisis de la composición química de “Paco”.....	53

Anexo Documental I:

Autoridades, direcciones y datos de interés de los efectores sanitarios indicados en el diagrama de atención y derivación sanitaria de personas consumidoras de sustancias psicoactivas..... 55

Anexo Documental II:

Contexto Jurídico y citas jurisprudenciales.....58

Síntesis curricular de los integrantes de la comisión de expertos en adicciones:.....63

Informe de la consultora académica Ad Hoc Prof. María Elena Naddeo.....66

- Tratamientos convivenciales e identidad de género.....66

- Adolescentes y jóvenes privados de libertad..... 68

PRÓLOGO

La presente guía tiene un claro objetivo práctico que es ofrecer una orientación operativa a todas las personas involucradas en la atención de personas afectadas por la sustancia conocida como Paco, habiendo comprobado que reina un alto grado de desconcierto y desorganización al respecto, que en buena parte puede ser superado con los elementos existentes, sin por ello desconocer la necesidad de subsanar carencias.

Los profesionales que elaboraron este documento acordaron parámetros médicos, psicológicos, sociales y legales que es bueno que sean considerados tanto en el sistema judicial como en el de la salud pública, en particular optimizando la utilización de los recursos que permitan la derivación, atención y tratamiento de las personas afectadas por consumo de éste tóxico.

Sabemos de los efectos devastadores que provoca éste tóxico y también otros, pero creemos que no es suficiente con la represión de su producción y distribución. El Estado no puede operar en forma compartimentalizada en esta tarea. Así como es necesario y estamos intensificando la represión por medio de una adecuada coordinación de actividad judicial, del Ministerio Público y de la Policía Federal, es deber estatal hacerse cargo del aspecto victimológico, que escapa obviamente a las posibilidades humanas y técnicas de estas agencias, pero de las cuales tampoco éstas pueden desentenderse.

Estamos convencidos de que no se trata de un tráfico internacional en el que se deben enfrentar complejas y poderosas redes macroeconómicas, sino de un delito de menor organización, fragmentaria en buena medida, pero que afecta primordialmente a los sectores más humildes y vulnerables de nuestra población urbana y suburbana.

Tenemos la certeza de que si coordinamos esfuerzos y comprendemos que se trata de una empresa común destinada a salvar vidas de jóvenes y niños o preservarlos o recuperarlos de lesiones que de otro modo pueden resultar irreversibles, lograremos controlar este terrible fenómeno.

Las noticias y comentarios apocalípticos, criminalizantes y estigmatizantes que a diario se publican en la comunicación masiva y que promueven estereotipos discriminatorios no han hecho otra cosa que dificultar la tarea de prevención y represión del delito y de recuperación de las víctimas.

Es hora de construir un sistema orgánico de contención y tratamiento, desde la perspectiva de las víctimas y de su familia, considerando que los afectados son pacientes con un altísimo grado de vulnerabilidad, lo que requiere la puesta en marcha de actividades coordinadas.

No pretendemos con este trabajo exigir a las autoridades más inversión presupuestaria. Somos responsables y cuando entendamos que sea necesaria la inversión así lo haremos saber, pero en tal caso lo haremos con los elementos objetivos que los técnicos nos indiquen.

Esta guía es solo un documento de orientación respecto de lo que existe y se halla disponible en el ámbito de la salud pública, que ponemos en manos de todos los intervinientes, en particular de los magistrados, funcionarios y trabajadores de los ámbitos judiciales y policiales.

La coordinación de éstos con las agencias de salud es indispensable para el éxito de la empresa. Su tarea no acaba en la investigación y la represión, sino en la derivación acertada de la víctima del delito. Este documento persigue una orientación adecuada para el cumplimiento de esta etapa.

No desconocemos las dificultades de comunicación y coordinación, los diferentes lenguajes y

la disparidad de entrenamientos y perspectivas, los diferentes criterios inmediatos y las dificultades burocráticas, pero invitamos a todos a superarlas y entenderse, bajo una única bandera que es la de los derechos que garantiza nuestra Constitución para todos los habitantes y que son inherentes al símbolo celeste y blanco que nos cobija y protege.

Dr. Eugenio Raúl Zaffaroni

Nota de los Directores

Destacamos especialmente la participación del Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos de la Nación, de la Fundación La Linterna y de la Presidencia de la Comisión Especial de Salud Mental de la Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires.

Agradecemos la colaboración de Mónica Zavala y de la Prof. Florencia Elgorreaga (asesoras legislativas) y de todas las personas que creyeron en este proyecto y nos ayudaron a realizarlo.

Dr. Eugenio Raúl Zaffaroni.

Dr. Sergio Gabriel Torres.

Introducción de los Directores

Necesitábamos saber específicamente de qué estamos hablando cuando nos referimos al “Paco”, cuáles son los parámetros que deben observarse para el abordaje terapéutico de los jóvenes problematizados por su consumo y a dónde derivarlos para su atención y tratamiento.

Pues bien, con todas estas inquietudes, convocamos a destacados profesionales para que nos indiquen los pasos a seguir, y analizamos en forma conjunta las mejores posibilidades que nos ofrece el sistema público para comenzar a dar respuestas en medio de tantos interrogantes y dificultades.

Tenemos la certeza de que la iniciativa ha sido saldada y sabemos que resulta imperativo coordinar todos los recursos institucionales para optimizar la estructura de salud pública, fortalecer la persecución del tráfico de sustancias ilícitas y generar espacios de inclusión para los sectores sociales más desprotegidos.

Desde nuestra perspectiva, quisiéramos aportar este trabajo para la labor conjunta de todos los Poderes Estado. Todavía podemos cambiar la acuciante realidad que victimiza principalmente a las últimas generaciones. Las implicancias del “Paco”, entre otras sustancias adictivas, pueden revertirse y estamos a tiempo a lograrlo.

Dr. Eugenio Raúl Zaffaroni.

Dr. Sergio Gabriel Torres.

Presentación

La presente guía es el resultado colectivo de los aportes de cada integrante de la “Comisión Interdisciplinaria de Expertos en Adicciones”, da cuenta de acuerdos, de posicionamientos necesarios y responde al pedido específico que le diera origen.

Entendiendo que los usos y consumos de drogas engloban una realidad social compleja, caracterizada por diferentes dimensiones: cultural, antropológica, moral, farmacológica, sanitaria, jurídica y económica¹. Y con las herramientas y dispositivos sanitarios con los que se cuenta en el ámbito geográfico de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, intentamos dar cumplimiento al objetivo de generar una “Guía de Orientación a la Magistratura para la Adecuada Atención de las Personas Consumidoras de Sustancias Psicoactivas”.

Las intervenciones asistenciales deben contener múltiples opciones, incluidas las estrategias de “reducción de daños y riesgos” y las acciones de prevención. Enfatizando la importancia de abordajes integrales e integradores centrados en el sujeto, necesariamente interdisciplinarios, con intervenciones y dispositivos adecuados, a través de un diagnóstico integral que indique el abordaje terapéutico apropiado para cada sujeto.

Teniendo en cuenta los servicios e instituciones existentes y para orientarse en la toma de decisiones, establecimos algunos criterios generales que están plasmados en el diagrama subsiguiente.

Dicho esquema, muestra los servicios e instituciones disponibles a los que se debe contactar o derivar pacientes, según sea su estado de intoxicación y si fueren menores o mayores de 14 años. Cabe aclarar que en el mismo, se indica mayor y menor de 18 años en orden a las disposiciones de la Convención de los Derechos del Niño, normas de la Nación y de la Ciudad vigentes, pero téngase presente que por razones de práctica sanitaria, se recomienda tener en cuenta la edad de 14 años.

Este Diagrama, contiene un Anexo Documental I, con indicación de autoridades a cargo, direcciones, teléfonos y datos de interés de los efectores señalados. (Ver Pág. Señalada en el índice, por supuesto que estos datos son indicativos y están sujetos cambios en los servicios respectivos).

Siguiendo la guía, se establecen pautas para tener en cuenta a la hora de evaluar y orientar una modalidad de tratamiento. Si bien estas no son novedosas y están en conocimiento de la mayoría de los profesionales, entendimos conveniente plasmarlas a los fines de unificar criterios y conceptos.

Debemos dejar en claro que del universo de personas que consumen sustancias, una inmensa mayoría no incurrirá en consumos problemáticos. Estos quedarán reservados a sujetos que se hallan en una especial situación de vulnerabilidad bio-psico-social², es sobre los determinantes de dicha vulnerabilidad donde tiene que estar el énfasis de las acciones del Estado.

La complejidad del problema sanitario relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas, legales e ilegales con una prevalencia ampliamente mayor de sustancias legales³, ha determi-

1 Documento oficial del comité científico asesor en materia de control del tráfico ilícito de estupefacientes, sustancias psicotrópicas y criminalidad compleja sobre los usuarios de drogas y las políticas para su abordaje. Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos de la Nación. Pág. 1

2 Ibid. Anterior.

3 La Encuesta Nacional de Prevalencia de Consumo de Sustancias Psicoactivas –ENPreCoSP 2008, relevó 51.000 hogares. La metodología utilizada es similar a la encuesta de hogares y a la de factores de riesgo. Los datos obtenidos de la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en la población de 16 a 65

nado que frecuentemente los dispositivos de contención sanitaria y social, dependen de estructuras gubernamentales separadas e independientes. Lograr una lógica de gestión y atención social y sanitaria unificada, contribuiría a la optimización de las actuales intervenciones terapéuticas con un altísimo impacto.

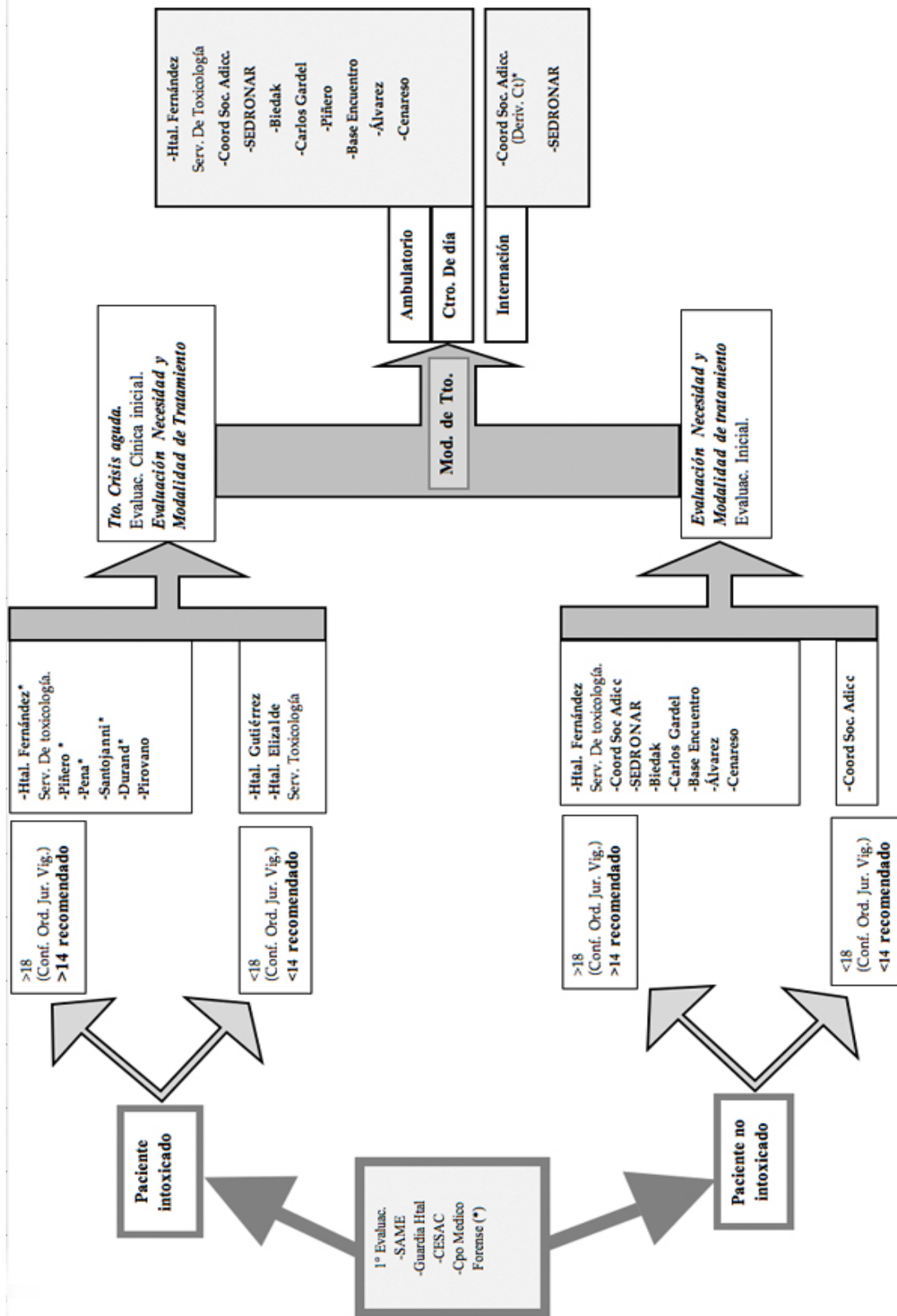
Finalmente, podemos decir que este documento, constituye una simple herramienta para la orientación de las acciones de cuidado y tratamiento, pretendiendo evitar deambulaciones innecesarias (generalmente iatrogénicas) que determinan un perjuicio para las personas que requieren ser asistidas.

Dr. Alejandro Todaro Kicyla

años son los siguientes:

Tabaco 76,2%; Alcohol 52,6%; Marihuana 6,9%; Tranquilizantes 3,5%; Cocaína 2,1%; Estimulantes 0,8%; Inhalables 0,6%; Éxtasis 0,4%; Pasta Base 0,2%.

Diagrama para la atención y derivación sanitaria de personas consumidoras de sustancias psicoactivas



Guía de Orientación a la Magistratura para la Adecuada Atención de las Personas Consumidoras de Sustancias Adictivas

-En el diagrama, se indica mayor y menor de 18 años en orden a las disposiciones de la Convención de los derechos del niño, normas de la Ciudad y de la Nación vigentes. Pero téngase presente que se recomienda mayor y menor de 14 años razones de práctica sanitaria.

-Este diagrama, se acompaña de un Anexo Documental I con indicaciones de autoridades, direcciones y datos de interés de los efectores señalados. -

(*) La Acordada de la CSJ N° 47/09 Elaboró el texto definitivo del "Reglamento General del Cuerpo Médico Forense de la Justicia Nacional".

Guía de orientación a la magistratura para la adecuada atención de personas consumidoras de sustancias psicoactivas

Estado de Intoxicación:

Se define como intoxicación por sustancias (DSM IV) a la presencia de un síndrome reversible específico de una sustancia debido a su ingestión o exposición reciente, pudiendo diferentes sustancias producir síndromes idénticos o similares. También pueden ocurrir cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos, clínicamente significativos, debido al efecto de la misma sobre el sistema nervioso central (SNC). Estos se presentan durante el consumo de la sustancia o poco tiempo después (Ejemplos: irritabilidad, labilidad emocional, deterioro cognoscitivo, deterioro de la capacidad de juicio, deterioro de la actividad laboral o social) y los mismos, no se deben a otra enfermedad y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

El estado de intoxicación de la persona será determinado por el médico interviniente. (Sistema de Atención Médica de Emergencia de la Ciudad (SAME), Servicio de Guardia de Hospitales Públicos, Centros de Salud de la Ciudad (CESAC) y/o Servicios de Salud Públicos o Privados).

En todos los casos de pacientes intoxicados, una vez compensado el cuadro clínico, se evaluará la continuidad de su tratamiento y en los casos en que fuera necesario, se realizará la derivación a los centros de asistencia para adicciones, teniéndose presente que, las personas que tengan cobertura por obra social o prepaga, la Ley 24.455 establece la obligatoriedad por parte de las prestadoras de salud, de cubrir los tratamientos por adicciones.

Asimismo, siempre que se trate de un niño/a o adolescente, la autoridad u organismo interviniente, dará aviso y solicitará la actuación de la Guardia Permanente de Abogados del Consejo de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes.

Diagnóstico y Derivación:

El diagnóstico, se entenderá como un acto clínico centrado en la salud de la persona y no como un trámite administrativo. Para ello, el médico a cargo o interviniente, realizará la evaluación del paciente para determinar, de acuerdo a su estado actual, la complejidad necesaria para su atención dentro de los dispositivos disponibles, a fin de evitar deambulaciones innecesarias.

Deberá priorizarse aquella estrategia de tratamiento que menos comprometa la continuidad de los lazos sociales del paciente (familiares, afectivos, laborales, educativos, etc.). Esto se determinará, a través de la labor de un trabajador social que evaluará el estado de situación familiar, la dinámica vincular, la posición económico-laboral, las condiciones habitacionales y la trayectoria de vida del paciente.

Este diagnóstico social, permitirá no sólo conocer las condiciones de vida del sujeto, sino también considerar los recursos personales, familiares y sociales, con los que se cuenta como sostenimiento del tratamiento, durante y después de todo su proceso.

El efector que tenga a su cargo la derivación, es decir, el traslado del paciente a otro dispositivo de salud, realizará este acto asegurando que la institución de destino, disponga de espacio vacante para recibir a la persona, arbitrando los medios para personalizar adecuadamente esta acción, bajo la modalidad de derivación asistida y protegida⁴.

Para la derivación, deberán tomarse en cuenta una serie de cuestiones y consideraciones pre-

⁴ *Derivación asistida y protegida: El profesional a cargo coordinará la derivación al tratamiento mas adecuado, con el efector que corresponda asegurando un continuo en la asistencia.*

vias que resultan claves para generar “condiciones posibles de tratamiento” sobre todo, en casos de “consumo problemático” de sustancias psicoactivas.

Las estrategias de Reducción de Daños, plantean el desarrollo de dispositivos preventivo-asis-tenciales y de neoinserción social⁵ adecuados - es decir dúctiles, amplios, creativos y diversos - para facilitar la atención y alojar las demandas provenientes de la población en general y funda-mentalmente de aquella que desarrolla algún tipo de consumo problemático y/o adictivo, sobre todo con aquellas personas, que no pueden o no quieren dejar de consumir, incluyendo también a sus familiares, referentes y allegados.

Interviniendo en la dimensión social, subjetiva y sanitaria y de acuerdo a las particularidades con las que cada modalidad y sus diversos dispositivos determinan para su implementación, los tratamientos que se lleven a cabo, contemplarán la interacción con espacios individuales, grupales, familiares sociales, interinstitucionales y redes sociales.

Todo dispositivo tendrá como objetivo intentar producir un cambio en la posición del sujeto en su vínculo con las drogas, promoviendo que el mismo tome la palabra, para pasar de la queja por padecer esa adicción, a la responsabilización de ese acto de consumo por el cual se queja, implicándose así subjetivamente en el tratamiento.

Esta implicación subjetiva produce una apertura a la posibilidad de la construcción de un “por-venir” a través de nuevas modalidades vinculares que sirvan de sostén al sujeto en la cons-trucción de proyectos vitales, tanto educativos como laborales, reformulando aquello que es asumido como un destino inevitable y trágico inscripto como un estigma.

La Derivación deberá realizarse atendiendo los siguientes criterios:

1-Dispositivos Ambulatorios

Son aquellos a los que los pacientes, concurren en forma diaria o semanal para realizar las actividades de salud y rehabilitación que les fueran indicadas. Se trata de espacios terapéuticos para personas no internadas que reciben tratamientos individuales y/o grupales (controles psiquiátricos, médicos, talleres terapéuticos, etc.).

La forma de funcionamiento del dispositivo, estará determinada por la adopción de criterios que contemplen un umbral mínimo de exigencia, donde la abstinencia, será considerada como un objetivo que podrá o no alcanzarse, pero aún así, se valorarán los logros intermedios.

Esta modalidad será conveniente para:

- Pacientes problematizados por el consumo de sustancias psicoactivas, que todavía conservan sus relaciones vinculares, educativas, laborales y/o sociales.
- Pacientes cuya severidad de consumo posibilita la rehabilitación a través de los recursos terapéuticos de esta modalidad de tratamiento.
- Pacientes que, habiendo recibido tratamiento con una modalidad de atención más intensiva, han mejorado y por ello, son derivados para continuar su atención, control y/o seguimiento.
- Pacientes con patología dual, es decir, personas consumidoras de sustancias

5 Entendemos el concepto de neoinserción social, referido a un cambio de posición en las relaciones sociales del paciente y no a una mera adaptación a situaciones ya establecidas y alienantes. Muchos fra-casos terapéuticos y recaídas en el consumo de drogas se deben a no considerar esta fase y no otorgarle su fundamental importancia.

psicoactivas que tienen problemas psiquiátricos, trastornos mentales de severidad leve o mayor, pero estables.

- Pacientes que por su cuadro, requerirían un nivel de complejidad mayor de atención, pero que en el momento no están listos para un tratamiento más completo.
- Niñas, niños y adolescentes, que se encuentren de manera transitoria o permanente en dispositivos de hogares convivenciales⁶.

2- Hospitales y Centros de Día (Jornada completa o de media jornada)

El Centro de Día, se caracteriza por incluir tanto actividades asistenciales como clínico-terapéuticas, en un período de tiempo extendido a lo largo de una jornada o media jornada.

Los tratamientos que bajo esta modalidad se realicen, deberán fomentar la contención familiar y comunitaria, acentuando el desarrollo y el fortalecimiento de la trama social particularizada en el paciente.

Sintetizando, se conjuga la terapéutica clínico-asistencial, que toma en cuenta la singularidad del sujeto, el caso por caso, con una valoración del contexto de la persona y de sus variables sociales, las cuales muchas veces, resultan desfavorables y requieren el desarrollo de un trabajo de promoción y fortalecimiento.

En el marco de las actividades del Centro de Día, resulta de suma importancia, la denominada "Dimensión de Neoinserción Social". "Se trata de articular procesos de tratamiento de los sujetos antes del egreso y pos egreso que han producido un giro en su posición subjetiva y que continúan una psicoterapia individual, al tiempo que realizan proyectos laborales, educativos, etc. Su objetivo es consolidar lo logrado a lo largo del tratamiento, afianzarse en su marco familiar y/o social de manera progresiva y vincularse a la vida productiva".

Esta modalidad será conveniente para:

- Pacientes con apoyo familiar y/o social en proceso de fortalecimiento, que mantienen preservadas determinadas áreas de su vida; familiar, laboral, educativa u otros vínculos significativos que puedan brindarle el sostén necesario para cumplir esta modalidad de tratamiento.
- Pacientes que reconocen conflictos personales, familiares y/o sociales relacionados al consumo de sustancias psicoactivas.
- Pacientes con conductas impulsivas y/o compulsivas, que aún preservan el control de las mismas.
- Pacientes dados de alta de unidades de internación o residencia, que presentan un elevado riesgo de recaer en el consumo problemático de drogas.
- Pacientes con antecedentes de fracasos terapéuticos en otras modalidades de tratamiento.
- Pacientes con patología psiquiátrica asociada al consumo.

3- Dispositivos de internación:

Se trata de modalidades residenciales transitorias, que ofrecen servicios de máximo nivel de

⁶ *Los Hogares Convivenciales tienen como objetivo la protección y atención integral de niños y adolescentes que se encuentran en riesgo social. Surgen tomando como encuadre fundamental la ley 23.849, Convención Internacional de los Derechos del Niño. Procurando garantizar el cumplimiento de los aspectos contenidos en la misma. La diferencia fundamental con los Centros de Día es que los Hogares Convivenciales sustituyen al menos transitoriamente el rol familiar.*

complejidad. Estarán destinados a pacientes en situación de crisis y a aquellos que, atento el estado de salud y severidad de consumo que presentan, todo intento de tratamiento ambulatorio pudiera o hubiese resultado infructuoso.

El proceso, el funcionamiento, la modalidad y las características de la internación, observarán las pautas que la regulan, conforme las leyes Supranacionales, Nacionales y de la Ciudad, que rigen en materia de Salud y de Salud Mental, citadas en el Anexo Documental II y los considerandos planteados en el Cap. VII del “Documento Oficial del Comité Científico Asesor en Materia de Control del Tráfico Ilícito de Estupefacientes, Sustancias Psicotrópicas y Criminalidad Compleja sobre los Usuarios de Drogas y las Políticas para su Abordaje”.⁷

Desde el inicio de la internación, se comenzará a trabajar en las condiciones de alta y en la implementación de recursos posibles, a fin de evitar situaciones de consumo riesgosas para la salud del paciente (fortalecimiento y optimización de sus vínculos familiares, sociales y/o laborales, etc.).

Se tomarán en cuenta dos modalidades:

1- La modalidad de internación prolongada o residencial será conveniente para:

- Personas que presenten un consumo compulsivo prolongado en el tiempo.
- Personas que presenten un deterioro evidente en su salud física (desnutrición, deshidratación, infecciones en la piel, lastimaduras en labios y dedos, abandono general, etc.)
- Niños/as y/o adolescentes que, atento el estado de salud y/o la severidad del consumo que presentan, la implementación de una modalidad ambulatoria resultaría inadecuada, en el marco de:
 - La ausencia de familiares o referentes adultos que puedan brindar contención y sostenimiento para la efectividad del tratamiento.
 - Convivir con familiares o adultos también consumidores y/o con quienes comparte el uso de drogas, la comercialización y/ o la comisión de delitos.
 - Situaciones de abuso sexual, explotación sexual, embarazos adolescentes y/o madres adolescentes en período de lactancia.
 - Situaciones de vulneración de sus derechos básicos, no existiendo ningún adulto que pueda garantizar su efectivo cumplimiento (salud, educación, identidad, vivienda etc.).
 - Situaciones de calle, no existiendo ningún adulto que pueda brindar contención y sostén para la efectividad del tratamiento.
- Personas que acuerden con el profesional médico correspondiente que, esta modalidad resulta la más adecuada para su tratamiento.

2- Alternativas de medio camino:

Aquí el proceso de internación se realiza por períodos de tiempo determinados, de acuerdo a las necesidades específicas del paciente de atención, contención y resguardo. (Durante los fines de semana, por las noches, etc.).

Asimismo, puede implementarse esta modalidad, como un mecanismo de transición terapéutica que parte, desde una modalidad de internación prolongada, hacia una modalidad ambulatoria o de hospital de día, con el fin de analizar la evolución del paciente y/o evitar recaídas y/o reforzar su tratamiento.

⁷ Cap VII.- Sobre los derechos de las personas con padecimiento psíquico, respecto de los tratamientos coactivos (http://www.jus.gov.ar/ComiteCientifico/docs/Documento_Usuarios.pdf), donde hace referencia al pronunciamiento de la Corte Suprema de Justicia “R., M.J s/insania del 19 de febrero de 2008. En el mismo sentido “Asesoría Tutelar Justicia Contencioso Administrativo y Tributario c/GCBA s/Amparo (Art. 14 GCBA)”. Causa Nro. Exp.23262/0 – 17/12/09.

Esta modalidad será conveniente para:

- Pacientes que necesitan este tipo atención terapéutica, para evitar situaciones de recaídas y/o de riesgo de consumo.
- Pacientes que necesitan evaluar y/o reforzar su tratamiento, en situaciones que necesitan un mayor grado de seguimiento que en una modalidad ambulatoria amplia.
- Pacientes que egresan de una comunidad de internación prolongada y necesitan ser adaptados en esta modalidad, antes de proceder a un tratamiento en forma ambulatoria o en hospital de día.

Evaluación integral

El equipo interdisciplinario de profesionales de la salud responsable de la atención y tratamiento de las personas consumidoras de sustancias psicoactivas, realizará siempre la evaluación del estado de salud general del paciente, incluyendo evaluaciones psicológicas, psiquiátricas y sociales, además del estado clínico, estas constituirán el elemento fundamental y serán las prioritarias para definir la modalidad de tratamiento y la complejidad necesaria para la atención dentro de los dispositivos disponibles.

Evaluación psicológica y psiquiátrica: Se procede a analizar los cuadros patológicos que pudiera presentar la persona, tratando de establecer la existencia o no de indicadores de patologías psiquiátricas y/o la necesidad de prescripción de medicamentos con control farmacológico, por parte de médicos psiquiatras según lo amerite la situación del paciente.

Un adecuado diagnóstico diferencial, analizará si se trata de un trastorno psiquiátrico primario, o si el cuadro o los síntomas psiquiátricos, se deben al abuso de las mismas.

A la vez, se debe abordar la evaluación de las posibilidades de responsabilidad que tiene el paciente sobre sí mismo y sobre otros, indagando sobre las áreas de la afectividad, de lo intelectual y de las modalidades vinculares que establece con el contexto, analizando los mecanismos de defensa que utiliza ante conflictos angustiantes, el lugar y la función que la sustancia cumple para él y la existencia o no de lazos sociales adecuados.

La interdisciplina favorece la construcción del “Diagnóstico Presuntivo”, paso indispensable hacia una aproximación de la estructura clínica de la persona.

Evaluación social: Permite conocer las condiciones de vida de la persona consumidora de sustancias psicoactivas y considerar los recursos personales, familiares y sociales, con los que cuenta para el sostenimiento del tratamiento durante y después de todo su proceso.

Los exámenes clínicos que no fueran realizados durante una etapa de internación previa en un servicio de salud, se realizarán y/o repetirán en cualquiera de las modalidades de tratamiento que siga el paciente y éste será evaluado por personal médico.

Estos estudios, además de informar sobre la salud del paciente en general, tienen el cometido de aportar datos sobre la situación nutricional, metabólica, hepática y renal⁸.

Prevención y detección de infecciones asociadas al uso de drogas: El uso de cualquier droga puede afectar la capacidad del individuo para tomar las medidas de protección, aumentando así el riesgo de infección. Entre ellas el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y las hepatitis B y C, su estudio es fundamental para un enfoque de tratamiento integral. Los exámenes de valoración

8 Las drogas de abuso de consumo habitual presentan en muchos casos toxicidad hepática, y la mayoría de los fármacos utilizados en los tratamientos son de metabolización hepática y excreción renal. Ambos elementos justifican la investigación de la funcionalidad de estos órganos.

general se complementarán con los exámenes serológicos adecuados. ⁹ Según los hallazgos clínicos, se valorará la continuación de otros estudios y/o la indicación de las interconsultas pertinentes.

Evaluación Neuropsicológica: Estudia las manifestaciones psicológicas del daño cerebral mediante distintos test, es decir la relación cerebro-conducta, poniendo en evidencia las alteraciones secundarias al daño cerebral, e incluye tanto la evaluación como la posterior rehabilitación del daño o lesión ¹⁰.

Embarazo: En el caso de la mujer embarazada, también se tendrán en cuenta otros factores que con frecuencia se asocian al uso de sustancias psicoactivas, como: malnutrición materna, enfermedades infecciosas transmisibles, embarazo adolescente, falta de cuidados prenatales. Todo consumo de sustancias psicoactivas durante el embarazo hace que este último deba ser considerado de alto riesgo, siendo necesarios controles más estrictos y parto monitorizado.

Recomendaciones, propuestas, solicitudes y considerandos de los miembros de esta comisión:

- Recomendamos que se ejecuten las medidas necesarias para que se pueda aplicar esta guía de tratamiento y atención para consumidores de sustancias psicoactivas, en forma indiscriminada, enfatizando en los sectores de mayor vulnerabilidad social, como las personas que se encuentran privadas de su libertad en centros de detención y/o en institutos penales de jóvenes.
- Recomendamos que todas las personas en tratamiento y en todos los dispositivos, dentro de sus posibilidades, continúen o retomen la escolaridad primaria o secundaria, respetando la obligatoriedad de la enseñanza, en los ámbitos escolares usuales.
- Recomendamos abordar en todos los dispositivos de internación, medidas educativas sobre sexualidad y profilaxis de las enfermedades de transmisión sexual.
- Recomendamos que se ejecuten las medidas necesarias para que el tratamiento de personas con distintas identidades de género y orientaciones sexuales diversas, observe las disposiciones vigentes en materia de diversidad sexual, derechos sexuales y reproductivos. (Ley N° 2.957 CABA, Plan marco de políticas de derechos y diversidad sexual).
- Recomendamos para asegurar la mejor calidad posible de atención y tratamiento, la capacitación continua de los profesionales involucrados en los efectores de salud, así como de los referentes comunitarios que participan de la temática.
- Proponemos conocer y analizar la experiencia de aplicación de esta guía, a fin de optimizarla y/o adecuarla en las partes que resulte necesario, tras los seis primeros meses de su utilización. A tal fin y efecto, se tomarán las medidas de rigor y estilo que permitan conocer los resultados de su implementación.
- Proponemos que se tomen las medidas necesarias para que los equipos de trabajo de educadores con operatorias en calle (medio abierto), que perciban el compromiso de la persona con el consumo de sustancias psicoactivas, puedan acompañarlo a los

⁹ La fundamentación acerca del pedido de exámenes serológicos está vinculada con las conductas de riesgo de esta población (compartir, pipas, canutos, jeringas, sexualidad sin protección) que conllevan riesgo de contraer enfermedades infecciosas de transmisión sexual o sanguínea.

¹⁰ En la Evaluación Neuropsicológica se deberían incluir entre otros los siguientes test: Subtest de Vocabulario del WAIS-III. Trail Making Test –A Y Trail Making Test B. Test de Colores y Palabras STROOP. Symbol Digit Modality Test. Examen de Afasias de Boston. Test de la Figura Compleja de Rey. WAIS-III. Test de Categorías. Wisconsin Card Sorting Test. Gambling Task. Etc. Asimismo, corresponde en esta instancia realizar un diagnóstico de trastornos comórbidos y delinear posibles abordajes psicoterapéuticos y psicofarmacológicos.

efectores de salud que correspondan y/o a la coordinación de políticas de adicciones del Gobierno de la Ciudad, a fin de que sea evaluado.

- Proponemos que se tomen todas las medidas necesarias a fin de garantizar que los servicios de emergencia, accedan indiscriminada e irrestrictamente a todos los lugares donde sean requeridos. En caso de niños, niñas y adolescentes que se nieguen al traslado, deberá garantizarse el llamado a la Guardia Permanente de Abogados del Consejo de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, a fin de respetar sus derechos y procurar que los mismos comprendan los beneficios de un tratamiento.
- Proponemos se observen los términos y alcances de la Ley N° 2318/07 CABA (sin reglamentar) para la prevención y asistencia del consumo de sustancias psicoactivas y de otras prácticas de riesgo adictivo, del Decreto Interministerial N° 1.681/07 CABA (sin reglamentar) que crea el Programa Interministerial de Proyectos Especiales “Atención Integral sobre el Consumo y Dependencia de la Pasta Base de Cocaína (P.B.C.)” y del Decreto 1551/06 CABA que incorpora profesionales a la dotación diaria de las Áreas de Urgencia de los Hospitales Generales de Agudos, de Niños y de Salud Mental y Crea Equipos Móviles de Apoyo de Emergencias en Adicciones.
- Resulta significativo, asentar la participación de actores sociales diversos como las Madres en Lucha Contra el Paco¹¹, profundizando en la importancia de encontrar acuerdos y propuestas concretas en sus funciones de madres, como lazo de socialización, consolidándose un acompañamiento personalizado junto a los niños, niñas y adolescentes que inicien un proceso de rehabilitación y colaborando con la adecuada inserción social de los mismos.
- Consideramos importante impulsar campañas de interés público orientadas a la prevención y a la promoción de hábitos y conductas saludables. Asimismo, enfatizamos la necesidad de brindar una educación permanente sobre los cuidados para la salud, dentro de los cuales estén incluidas las problemáticas adictivas.
- Consideramos importante tener presente que, tanto en nuestro país como en el resto del mundo las encuestas sobre consumo realizadas, escasas y no siempre comparables entre sí, muestran una supremacía del consumo de alcohol (en torno al 70%), muy superior al de las drogas ilegales¹², por lo cual debe hacerse especial énfasis en las acciones orientadas a la prevención sobre este grupo de sustancias.

“El pleno ejercicio del derecho a la salud, adoptado por nuestra legislación, es inescindible del derecho a la vida, teniendo por ello máxima jerarquía como bien jurídico protegido”.

***Integrantes de la Comisión de Expertos en Adicciones.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 8 de marzo de 2010.***

11 Por supuesto que existen más actores sociales pero no podemos dejar de resaltar la relevancia las madres contra el paco.

12 Informe del Comité de Expertos de la OMS en problemas relacionados con el consumo de alcohol, 2007, disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/expert_committee_alcohol_trs944_spanish.pdf.

Fundamentaciones

1- Consumo de sustancias Psicoactivas.

La Humanidad utilizó siempre sustancias psicoactivas¹³ para modificar la percepción de la realidad, en su constante búsqueda de apartarse del sufrimiento, sea éste físico, psíquico, social ó espiritual.

Desde muy temprano en la Historia se han utilizado sustancias con fines medicinales, placenteros ó para dar cumplimiento a ritos de la época.

Hipócrates consideraba al opio como una panacea, pero también señaló los estragos que podía producir su abuso y es Galeno quien describió al primer opiómano.

A comienzos del siglo XIX, en Inglaterra, privilegiada por sus estrechas relaciones con Oriente, se desarrolla el consumo médico del opio y de los anestésicos en general. Su utilización era por un lado preconizada por su efecto terapéutico y condenado moralmente su empleo en forma electiva “por falta de fuerza de carácter o voluntad”.

Luego de su descubrimiento, los psicotrópicos fueron incorporados al tratamiento de los trastornos psiquiátricos, fundando los principios de la psicofarmacología moderna, sobre las causas “bioquímicas” de la enfermedad mental, “medicalizando” los trastornos más invalidantes de ellas.

Sin embargo, el uso de sustancias psicoactivas, en personas aisladas o asociado a circunstancias tradicionales festivas ó rituales, cambió radicalmente a mediados del siglo XX. Se modificaron las condiciones en que dicho consumo se realizaba, haciéndolo desde entonces, con el único fin de la búsqueda del efecto psicoactivo.

Esta transformación de las costumbres se expandió rápidamente, en forma de una “explosión epidémica”, entre las poblaciones de jóvenes de casi todo el mundo.

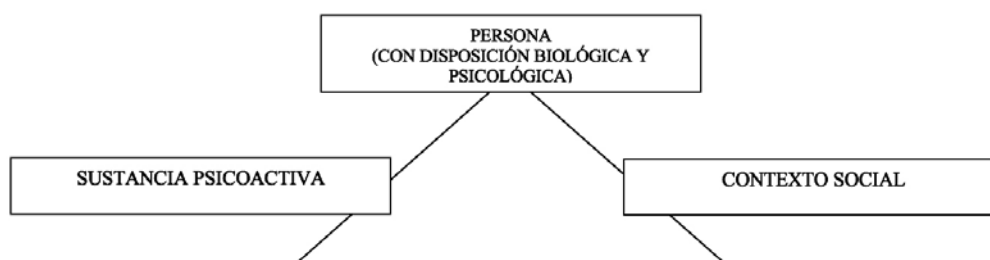
El lugar que las drogas ocupan en una sociedad, la razón por la cual incluye a algunas y excluye a otras, debe ser interpretado a la luz de los cambios sociales, económicos, culturales y científicos que la afectan.

El abuso de sustancias constituye actualmente uno de los mayores problemas de la salud pública siendo también un fenómeno social complejo, que requiere que sobre él se hagan lecturas complejas para poder encontrar soluciones.

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.

Se puede aseverar que no existe una causa única a la que pueda responsabilizarse sino que son tres los ámbitos concurrentes, necesarios y “obligatorios” para que pueda desarrollarse el consumo problemático: un contexto social, una persona con disposición y una o más sustancias.

13 Sustancias psicoactivas: son sustancias que introducidas en el organismo son capaces de alterar o modificar una o varias funciones psíquicas, pudiendo inducir a las personas que las toman a repetir su autoadministración por el placer que generan (acción reforzadora positiva)



A) Las sustancias psicoactivas

Las sustancias psicoactivas producen sensaciones psíquicas además de efectos físicos, dependiendo de su pertenencia a distintos grupos:

- Psicoanaléptico (Estimulantes)
- Psicolépticos (Depresores)
- Psicodislépticos (Alucinógenos)
- Cannabinoides

Psicoanalépticos

Se denominan así a las sustancias que estimulan la actividad mental y nerviosa, aumenta los niveles de actividad motriz y cognitiva, refuerza la vigilia, el estado de alerta y la atención, en este grupo se encuentran las amfetaminas, las metaamfetaminas, los derivados metaamfetamínicos, la cocaína, el "paco".

Psicolépticos

Sustancias que determinan relajación y depresión de la actividad mental. Incluyen los derivados naturales y sintéticos del opio, los hipnóticos, sedantes o ansiolíticos, los neurolépticos o antipsicóticos, los solventes volátiles (usados en pegamentos) y el alcohol.

Psicodislépticos

Sustancias químicas capaces de producir fenómenos mentales no ordinarios, como alteraciones de la sensoropercepción, del humor y de la conciencia. Incluyen el cornezuelo del centeno y sus respectivos alcaloides (LSD, mezcalina, psilocina y psilocibina) la ayahuasca, el peyote y los hongos psicoactivos. Entre los alucinógenos propiamente dichos se encuentran las solanáceas psicoactivas: la belladona, el beleño, la mandrágora, el toloache y las brugmansias (floripondio).

Cannabinoides

Son sustancias presente en las plantas cannabináceas con capacidad estimulante, depresora y alucinógena. Están contenidos en la marihuana y el hachís.

Todas poseen además propiedades de refuerzo, entendidas como la capacidad de producir efectos que despiertan en el que las utiliza el deseo imperioso de consumirlas otra vez, en la búsqueda de efectos similares.

Las sustancias psicoactivas modifican la síntesis, la degradación, o la liberación de neurotransmisores y neuropéptidos cerebrales. Son sustancias químicamente muy diversas, que se unen a distintos sitios iniciales en el cerebro y la periferia, generando una combinación diferente de efectos fisiológicos y conductuales luego de su administración.

A pesar de estar involucrados distintos mecanismos de acción y efectos toxicológicos, todas poseen ciertos efectos en común. Promueven la reexperimentación de la gratificación (reward) y en sujetos vulnerables con contextos facilitadores, conducen a la adicción. Todas producen luego de su retiro, estados emocionales negativos. La adicción se relaciona con los fenómenos de neuroplasticidad de los mecanismos celulares, de la organización sináptica.

La drogadependencia no está definida por la dependencia física, sino por el “comportamiento de búsqueda de droga”.

Muy frecuentemente tiende a identificarse al consumidor de sustancias como “adicto” y sin embargo hay diferentes tipos de vínculos de las personas con las sustancias sin ser todos ellos adicciones, ni necesariamente consumos problemáticos. Del universo de personas que consumen sustancias, una inmensa mayoría no incurrirá en consumos problemáticos. Por el contrario, en un grupo relativamente pequeño en proporción al universo de consumidores el uso adquiere características problemáticas.

Por ello es muy importante hacer una diferenciación entre lo que es el uso – que incluye el uso recreativo, el peligroso – el abuso y la dependencia a sustancias psicoactivas, considerándose a los dos últimos conceptos como patológicos (consumo problemático), aunque aún no se da por concluida la delimitación precisa de ellos.

Se puede definir el uso de una sustancia como un consumo aislado, episódico, ocasional, sin tolerancia ni dependencia. Claro está que un único episodio de consumo puede ser fatal, en caso de intoxicación aguda, o dañino cuando una mujer embarazada consume alcohol, o peligroso cuando se consume marihuana y luego se conduce un vehículo.

El abuso es un uso inadecuado por su cuantía, frecuencia o finalidad. Conlleva un deterioro clínico significativo, que da lugar al incumplimiento de las tareas habituales y/o alteraciones en las relaciones interpersonales sean sociales o familiares. Incluye tomar un medicamento no recetado o en dosis superiores a las indicadas, intoxicación etílica, usar drogas de diseño para bailar, entre otras.

Existe dependencia de una sustancia cuando se tiene la necesidad inevitable de consumirla y se depende física y/o psíquicamente de ella. Aparece una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la misma para conseguir el efecto deseado (tolerancia), consumiendo en muchos casos para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

Intoxicaciones agudas por abuso de sustancias

El ingreso a unidades asistenciales de urgencia, es una modalidad de presentación de estos cuadros, de frecuencia cada vez más creciente, por cuadros cada vez más graves y a más temprana edad de los pacientes que consultan.

Tienen una relación casi lineal con cualquier evento relacionado con la reunión de pares, salidas de fines de semana, fiestas de graduación, recitales, competencias o prendas de “fondo blanco”, preparación “previa” antes del ingreso a algún local o fiesta bailable, celebraciones religiosas tradicionales, reservadas inicialmente para ciertas comunidades, que fueron extendiendo su ámbito auspiciadas por la promoción de las principales marcas de bebidas alcohólicas, e incluso medicamentos.

Así el consumo de bebidas alcohólicas en exceso se transformó en “normalidad” en la adolescencia y en grupos de adultos jóvenes, donde el objetivo en muchos casos es “perder el control” para lo que es “necesario” intoxicarse. Y además en estos grupos, “no beber” significa quedar afuera, ser excluido del grupo de pertenencia.

En muchas ocasiones las bebidas alcohólicas de alta graduación se consumen asociadas a sustancias de incorporación relativamente reciente, denominadas “bebidas energizantes” clasificadas como suplemento dietario (Código Alimentario Argentino) destinadas a promover un alto nivel de energía y mejorar el rendimiento físico y psíquico, sin un concluyente sustento científico que respalde tales propiedades benéficas. Estas últimas, constituyen verdaderos estimulantes del sistema nervioso central; y en su asociación con el alcohol, permiten ingerir cantidades superiores del mismo por disminución de las señales de fatiga y aumento del estado de alerta. En el uso combinado con la cocaína o el extasis, desarrolla un sinergismo simpaticomimético, con toxicidad predominantemente cardíaca.

Las causas de ingreso a los dispositivos sanitarios de urgencia son múltiples: intoxicación aguda, pérdida de conocimiento, estados de inconciencia, alteración de la conducta, agitación psicomotriz, lesiones por caídas, lesiones por riña, accidentes de tránsito; todas situaciones de gran riesgo personal y graves implicancias médicas.

Todos los años vemos con preocupación y casi sin reacción, cómo aumenta el número de intoxicaciones agudas por drogas lícitas e ilícitas en nuestros hospitales y también vemos cómo nuestra sociedad fomenta el consumo de sustancias a través de la publicidad de bebidas alcohólicas y de medicamentos como si éstos fueran objetos de consumo que como tal se compran en los kioscos o supermercados, o simplemente con las prácticas de automedicación que los hijos asimilan de sus padres.

Pasivamente asistimos a la promoción de malos hábitos alimentarios, extensamente publicitados, para aumentar las ventas de un medicamento que supuestamente contrarresta los efectos displacenteros de una ingesta inapropiada.

La inducción a la conducta de la inmediatez en la instalación de un tratamiento según los síntomas, da resultados: todo puede solucionarse con un comprimido y hasta algunos suplementos dietarios se prefieren comercializar como medicamentos porque “aumentan su venta”. Pero esta actitud tiene sus costos: cuando a un adolescente le ofrecen un “comprimido” de éxtasis, con la promesa de bienestar y placer, es utópico pensar que podría decir que “no”.

Esta problemática se manifiesta de forma aguda y crónica y de ambas maneras debe ser atendida desde la órbita de lo sanitario, porque es tratable y su recuperación es posible.

B) Promoción de los medicamentos vs. Promoción de la salud

Las campañas de promoción de medicamentos y la difusión de información sobre enfermedades dirigidas al consumidor, con el apoyo directo e indirecto de las compañías farmacéuticas han distorsionado los límites entre la información para la salud y la promoción de los medicamentos.

Un medicamento es un fármaco, principio activo o conjunto de ellos, integrado en una forma farmacéutica y destinado para su utilización en las personas, dotado de propiedades para prevenir, diagnosticar, tratar, aliviar o curar enfermedades, síntomas o estados patológicos.

La resolución 28/5-65 de la OMS (Procedimiento de Certificación sobre la Calidad de los Productos Farmacéuticos Introducidos en el Comercio Internacional) recomendaba evitar las combinaciones a dosis fijas, excepto cuando tuvieran un valor terapéutico superior demostrable, al de los compuestos simples. La prolífica aceptación de las combinaciones a dosis fijas, es una pauta del modo cómo los intereses comerciales se contraponen a las opiniones científicas más calificadas.

También influyen notablemente los hábitos de prescripción por parte de los profesionales y su actitud frente a la presión que generan los pacientes para que se les prescriba un fármaco.

Los “modelos sociales” auspiciados y promovidos por los medios de comunicación, implican la solución de casi todos los problemas de la vida diaria, a través del consumo de fármacos o sustancias.

El fenómeno de la “medicalización” pasó a ser el modo de ordenar los llamados disfuncionamientos sociales, propiciado por la difusión y circulación masiva de los psicofármacos, para lograr alcanzar así, un “buen nivel de adaptación”.

La analogía es cuanto menos riesgosa, ya que no es la capacidad tóxica de un producto lo que hace al toxicómano sino el acto deliberado y activo del sujeto que la utiliza.

Todos los medicamentos sin excepción, empleados en dosis excesivas o durante períodos demasiado prolongados, en situaciones en que no estarían indicados, pueden producir efectos secundarios, colaterales, indeseables o adversos, generar interacciones con otros fármacos o sustancias, inducir conductas de abuso o dependencia e incluso retrasar el diagnóstico de una afección que requiera cuidados médicos.

No puede dejar de tenerse en cuenta que casi todas las drogas de abuso de hoy fueron en un principio medicamentos, que por sus particulares efectos psicoactivos comenzaron a utilizarse por fuera de la prescripción, siendo entonces restringidas o retiradas de su empleo farmacéutico. Tal es el caso de la cocaína, los opiáceos, las anfetaminas, los anestésicos, el LSD, la efedrina, etc.

El “paco”

A principio de los años 2000 comenzó a asistirse en centros hospitalarios a pacientes muy jóvenes, con altos niveles de exclusión social, que “fumaban” cocaína, presentando principalmente cuadros crónicos con gran deterioro físico y neurológico. En ese momento y por largo tiempo se consideró que esta nueva droga era un residuo de la producción de clorhidrato de cocaína, pero posteriormente se descartó esta hipótesis. Si bien se denomina “paco” a diferentes productos, la constante en su composición es el alcaloide cocaína en concentraciones muy pequeñas, “estirado” con otras sustancias como cafeína y bicarbonato de sodio, lo que lleva al usuario a consumir decenas de dosis diariamente. Esta modalidad fue extendiéndose, produciendo un gran impacto tanto en lo social como en lo sanitario.

El clorhidrato de cocaína es la segunda droga de comercio ilegal más extendida en nuestro medio, después del cannabis¹⁴. Los indicadores de los servicios de urgencia, como el Servicio de Toxicología del Hospital “Juan A. Fernández” de la Ciudad de Buenos Aires, muestran que en los últimos 20 años el número de personas asistidas por el consumo de cocaína ha ido en aumento sostenido, aunque se ha modificado la forma de hacerlo: hacia fines de la década de los '80, había un consumo importante por vía endovenosa, siendo casi inexistente esta modalidad desde el inicio de los años 2000. La vía intranasal fue y es la forma más comúnmente utilizada..

Drogas de diseño, drogas de síntesis

El término “designer drugs” fue creado en los años sesenta por Gary Henderson, un farmacéutico de la Universidad de California, incorporándole un doble sentido: drogas que podían fabricarse en laboratorios clandestinos y “diseñarse” a la medida del consumidor para imitar los

14 Encuesta Nacional de Prevalencia de Consumo de Sustancias Psicoactivas –ENPreCoSP 2008. Los datos obtenidos de la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en la población de 16 a 65 años son los siguientes: Tabaco 76,2%; Alcohol 52,6%; Marihuana 6,9%; Tranquilizantes 3,5%; Cocaína 2,1%; Estimulantes 0,8%; Inhalables 0,6%; Éxtasis 0,4%; Pasta Base 0,2%.

efectos de otras cuyo tráfico era delito y drogas que por su estructura química novedosa, no estaban incluidas en los convenios internacionales de fiscalización de sustancias, evitando así la actuación de la justicia.

Inicialmente se sintetizaron metanfetamina y anfetamina, pero debido a su inclusión en las listas de sustancias prohibidas, fueron sustituidas por la producción de derivados anfetamínicos no incluidos en las listas. Uno de los fenómenos asociados a la elaboración clandestina es que en ocasiones, se han sintetizado fármacos completamente nuevos partiendo de estructuras de sustancias conocidas y también fármacos ya conocidos pero muy poco estudiados o que nunca llegaron a comercializarse.

Muchos de estos compuestos nunca fueron sometidos a un estudio sistemático sobre sus acciones, efectos o/y toxicidad. Las circunstancias de su empleo directamente del laboratorio al consumidor, ha provocado en el pasado graves problemas sanitarios. Dos derivados sintéticos del fentanilo, el alfametilfentanilo (china white) y 3-metilfentanilo (3-MF), más de mil veces más potentes que la heroína, fueron responsables de muchas muertes por sobredosis al desconocerse el ajuste de su dosis equivalente.

Así fueron ingresando al mercado ilegal, psicotrópicos utilizados en terapéutica, sustancias psicoactivas sintetizadas inicialmente por la industria farmacéutica que no fueron comercializadas como tales y sustancias psicoactivas sintetizadas sin propósito terapéutico.

Las drogas de síntesis comprenden el grupo de los derivados de las feniletilaminas (derivados de anfetaminas) como el MDMA (éxtasis), el grupo de los opiáceos, sean derivados del fentanilo o de la meperidina, el grupo de las arilhexilaminas como la fenciclidina (PCP) y el gamma-hidroxi-butirato –GHB, entre otros.

El MDMA (3,4,-metilen-dioxi-metanfetamina) es la droga de diseño más importante por su elevado consumo, posee acciones estimulantes y alucinógenas y puede producir neurotoxicidad.

El MDMA y las sustancias que poseen efectos similares, son miembros de una misma familia farmacológica, denominados entactógenos. Se pueden definir los entactógenos como sustancias que al tener efectos empáticos, facilitan las relaciones interpersonales y el acceso al interior de la conciencia del individuo, para un mejor control de los conflictos emocionales.

Los adulterantes

La cocaína es la droga más sujeta a sufrir adulteraciones. Ya en 1974 los laboratorios Pharm Chem examinaron 40 muestras de diferentes dosis de cocaína circulantes en el mercado clandestino de California y determinaron que todas estaban adulteradas en proporciones del 30 al 40%.

Existen dos tipos de “cortes” o adulterantes. Los cortes inactivos sirven para dar peso: lactosa, talco, Manitol® o cualquier sustancia que se parezca físicamente a la cocaína y no tenga efectos perceptibles de manera inmediata.

Los cortes activos se añaden para compensar la potencia perdida, pueden ser de dos clases: excitantes (anfetaminas en polvo) y anestésicos o congelantes (novocaína o benzocaína) para imitar el efecto característico.

El consumidor final que compra por gramos, rara vez recibe más allá del 50% de cocaína pura, la cantidad acostumbrada en las muestras callejeras actuales oscila entre el 20 y el 40%.

El policonsumo

Una mención debe hacerse de la modalidad de presentación de los pacientes con consumo problemático de sustancias psicoactivas en los centros asistenciales de urgencia, en cuanto a la complejidad de sus cuadros clínicos. Frecuentemente el ingreso está marcado por la gravedad del cuadro clínico por la suma de sustancias, las que interaccionan, potenciando o antagonizando sus efectos, siendo más difícil por ello su diagnóstico y tratamiento. Las asociaciones más comunes son aquellas que incluyen alguna bebida alcohólica con psicofármacos y/o bebidas energizantes, clorhidrato de cocaína o “paco” con psicofármacos y/o alcohol, entre otras.

4- Conclusiones

La medicina tiene dentro de los ámbitos concurrentes que determinan la toxicodependencia, incumbencia directa con la asistencia de la persona o sujeto que manifiesta dicho trastorno. En la mayoría de los casos dicha atención se circunscribe, al “daño ya instalado”.

En los últimos años y frente al fracaso de las políticas de corte prohibicionista, fueron adquiriendo mayor vigencia las estrategias de intervención denominadas de “reducción de daño” que tienen por objetivo la prevención de los daños potenciales relacionados con el uso de drogas y ponen énfasis en facilitar el acceso de los usuarios a los servicios de salud.

La dimensión de este problema exige conductas y acciones más creativas: la difusión científica y seria, la prevención a nivel comunitario, el compromiso frente al paciente y su entorno, el estímulo de formas de desenvolvimiento social más sanas y menos peligrosas, etc. Es prioritario trabajar sobre la promoción de la salud destacando la importancia y los beneficios de una vida con hábitos más sanos en todos los niveles sociales y grupos etarios.

La articulación estrecha de conocimientos con otras ciencias y saberes, es el camino adecuado y probablemente el único que puede contribuir a comprender y abordar este paradigma en el contexto real en el que se desarrolla, para poder así elaborar y construir las estrategias más convenientes.

Es por ello que la confección de esta Guía de Orientación a la Magistratura para la Adecuada Atención de Personas Consumidoras de Sustancias Psicoactivas busca aportar una herramienta que facilite la derivación oportuna de las mismas y evite perder oportunidades.

Bibliografía

- Comité de Expertos de la OMS. Selección y uso de medicamentos esenciales. Serie de Informes Técnicos n.os 615, 641, 685, 722, 770 y 796. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1977, 1979, 1983, 1985, 1988, 1990 y 1992.
- Damín Carlos. Tesis doctoral. Universidad de Buenos Aires, 1998.
- Damín Carlos, Di Biasi Beatriz. Venta de medicamentos fuera de la farmacia, publicidad y drogadependencia: relaciones peligrosas. Universidad de Buenos Aires, 2009.
- Dellamea Amalia Beatriz; Drutman, Joel. Publicidad de Medicamentos: ¿Derecho a la salud? ¿O incitación al abuso y la automedicación? (Primer premio Iller. Congreso Internacional de Periodismo Médico)
- Ehrenberg Alain. Individuos bajo influencia. Drogas, alcoholes, medicamentos psicotrópicos. 1ª ed. 1ª. Reimp. Buenos Aires: Nueva Visión, 2004.

- Escuela de Graduados, FFyB-UBA. Curso de Divulgación Científica. Marzo, 2000; Dellamea, Marro y Goldberger, 2002; Dellamea, 2003.
- Lunde PKM. Selección de medicamentos a nivel internacional, nacional y local. En: Epidemiología de los medicamentos. Barcelona: Salvat, 1990; 105-21.
- Magí Farré, Pere N. Roset, Rafael de la Torre y colaboradores. Farmacología clínica de la 3,4- metilendioximetanfetamina (MDMA, Éxtasis). Unidad de Farmacología, Institut Municipal d'Investigación Médica (IMAS-IMIM), Universitat Autònoma de Barcelona, Universitat Pompeu Fabra.
- Quevedo Silvia. "Adicto", un nombre de la segregación. Programa de Intervenciones en la comunidad. Centro de Día Carlos Gardel. Área Programática del Hospital Ramos Mejía.
- Testa Adriana. Entrevista para Boletín Puertas Abiertas. Fundación Descartes. Módulos de Investigación, <http://www.descartes.org.ar/index.htm>.
- Documento Oficial del Comité Científico Asesor en Materia de Control del Tráfico Ilícito de Estupefacientes, Sustancias Psicotrópicas y Criminalidad Compleja sobre los usuarios de Drogas y las Políticas para su abordaje. 2009.

Dr. Carlos Damin

2- Bases Esenciales para entender la definición del sujeto de intervención en tratamiento de adictos.

Introducción

Pretendemos fundamentar las tendencias actuales de la administración de justicia y de salud partiendo de las relaciones vinculares y su efecto en la constitución subjetiva en el sentido mas integral.

Ponemos especial atención en un esquema facilitador de la tarea para poder llevar adelante una labor rápida y eficiente, en el primer momento de captación de una persona con el padecimiento señalado y en el posterior abordaje del seguimiento post-alta. La guía debe ser clara, precisa y expeditiva para que posibilite entre otros, al aparato de justicia saber: ¿Por Qué?, ¿Dónde? y ¿Cómo? debe proceder ante el abanico de situaciones que implica esta problemática. Para ello se deben tener presentes, los recursos con los que ya cuenta la Ciudad, o los lugares donde se actúe pudiendo proponer mejoras al respecto.

La guía o el recorrido que debe hacerse para la consulta inicial (que aparece como determinación judicial o de familiares u otro recurso) sería entonces un fácil indicador para el seguimiento que los jueces o quien corresponda, harían a través de sus equipos técnicos o los equipos de la Subsecretaría de Niñez y Adolescencia, para garantizar y profundizar la sustentabilidad del estado de salud alcanzado.

Recordar que el protocolo, no sólo servirá para orientar al fuero Judicial. Sería implementado por profesionales de la salud, por diferentes entidades-organismos competentes en el lugar del país que corresponde a fin de establecer planes y estructuras sanitarias adecuadas a los fines requeridos.

El trabajo en comunidades vulnerables nos ha permitido en forma, a mi criterio muy apropiada, marcar el recurso institucional en los lugares de pertenencia. También en esos mismos análisis se realizaron, de manera simultánea el estudio de los recursos vinculares, de acuerdo a las modalidades de inclusión-marginación-exclusión de los habitantes de dichas comunidades.

Esta forma de protocolo nos lleva hacia la formulación de programas viables de atención con participación y anuencia del paciente con sufrimiento mental. Asimismo permitió garantizar el acompañamiento posterior en forma coherente de manera tripartita: grupo de crianza, grupo de referencia comunitaria y operador de atención ambulatoria.

Todo ello dentro de una metodología probada de investigación-acción. Cada uno de los atendidos permite así generar un panorama que, independientemente de la atención clínica individualizada, facilita reunir datos para organizar el trato tendiente a reducir, en la comunidad estudiada, la vulnerabilidad a lo fundante: la dependencia. Esta se ubica en el sector más primario de la conformación subjetiva: la necesidad de estimación y reconocimiento; la aparición de marcados rasgos infantiles con sus componentes psicosomáticos y finalmente, la irrupción de los factores accesionales que desemboquen en la explosión, (eventual violencia) o en la implosión (con riesgos de extrema gravedad en su salud, detectables en lo físico y en lo psíquico).

Esquema Conceptual Referencial y Operativo en el Trabajo con Adicciones.

No pueden tomarse como única referencia las situaciones de emergencia o de consulta espontánea del afectado, sino además tener previsto la existencia de dispositivos previos para encarar el tema de la demanda de atención en estos casos.

La forma de solicitud de la demanda en la historia de ingreso a de ser atendido por demanda espontánea, ó por requerimiento de familiares y amigos se presenta como un primer indicador a considerar.

Son fundamentales los datos correspondientes que nos indiquen: si hay una irrupción brusca en la toma de conocimiento o si el seguimiento de la cotidianidad del paciente no fue atendida en un principio (en la esperanza de quien lo contiene de que la remisión pudiera ser mediante un esfuerzo de voluntad). Este episodio ya marcaría una primera actitud de cierto sometimiento al afectado y tendría una difícil, sino imposible tarea, de contención post-tratamiento el episodio mencionado. El recurso de continencia por grupo de crianza (para no denominar familia) sería por lo menos dudoso en estos casos.

Del mismo modo, y conociendo el proceso de asimilación de sustancia y lo extraño de una instalación brusca del proceso de intoxicación, nos señalaría el fenómeno descrito el déficit de observación por ausencia, desconocimiento o desaprensión por parte del grupo de pertenencia convivencial.

La historia psicosocial es, entonces, un recurso fundamental y pertinente al tratamiento. La toma de los datos referidos, grupo de referencia y de pertenencia, de pares o de crianza, son datos clave. En caso de el referente la persona que convive y posee hijos con el afectado, es también clave su información en esta circunstancia (relaciones con vecinos, compañeros de trabajo, etc.) para la historia socio comunitaria del sujeto.

De existir la posibilidad de tener diagnóstico de grupo de crianza no tradicionales desde los modelos diagnósticos, puede usarse el que se emplea en el programa “Desarrollo Humano y Comunidades Vulnerables”. Puede formularse un protocolo muy sencillo para que se señalen las variables posibles en el modelo familiar.

Se hace la salvedad que esto corre tanto para los casos judicializados como así también para aquellos que no lo están.

Respecto a lo imprescindible del análisis del contexto de pertenencia a que tipo de comunidad, que tipo de recursos posee en cuanto a la vigencia de que derechos es otro dato esencial. Ello debido a la pérdida de control sobre el usuario de la droga, en determinadas ocasiones, nos lleva a requerir de diagnósticos comunitarios (muy sencillos por cierto).

Aquí sólo se incorporan un conjunto de indicadores muy básicos para poder ser registrados rápidamente en la historia clínica-situacional. Marca así como datos extremadamente importantes para incluir en forma precisa los referentes válidos en el lugar de su cotidianeidad.

Recursos y Modalidad de Atención

Los recursos existentes y los circuitos de derivación no han sido considerados como meros actos administrativos sino como un acto clínico, que toma consideración la continuidad de los lazos sociales y la evitación de la deambulación iatrogénica.

Los dispositivos para tratamiento ambulatorio, permiten la continuidad posible de atención a aquellos afectados que no requieran la inmediata internación. El diagnóstico integral determina que modalidades serian las convenientes para tener en cuenta en la intervención. Existen indicadores de distinta complejidad para tal fin a los que se incorporan otros dispositivos como el hospital del día, donde el grado de contención requerida es sensiblemente mayor ya sea por carencia o gran déficit de las redes vinculares de contención y por la fragilidad laboral y educativa d las personas en atención.

La asistencia intensa, estructurada y de mayores recursos es también, en estos casos factible de realizarse en acompañamientos sin internación. Existen diversos indicadores para este enfoque.

Otro dispositivo es el de internación transitoria que puede darse en forma inmediata en urgencia o crisis para los casos de intoxicación aguda, descompensación psíquica y otras complicaciones extras en temas de salud. Generalmente estas internaciones se realizan en cuadros graves con peligros para si mismos o para los demás, que pueden obligar a recurrir a operativos policiales o judiciales (donde no es indicado la evaluación en forma rápida, sino que es necesario el abordaje en un lugar adecuado encargado de las evaluaciones en atención inmediata.)

En este dispositivo también se puede considerar la internación prolongada o residencial. Hay indicadores que orientan hacia la conveniencia de aplicar el dispositivo a quienes requieren de un período de tiempo prolongado de permanencia para cumplimentar la adquisición de recursos a fin de reducir su vulnerabilidad psicosocial y socio-penal. Es decir para adquirir herramientas que permitan confrontar y encarar con alguna perspectiva de éxito la solución a sus problemas.

Otro recurso, menos utilizado, es el de las alternativas de medio camino que presentan modalidades de internación por períodos determinados: fines de semana, noches, etc. (podría incluirse acompañamiento domiciliario en determinadas horas)

Haría el siguiente señalamiento de acuerdo a mi particular visión y la práctica profesional en mi historial. El enfoque social y el enfoque médico deben realizarse en forma simultánea, atendiendo este último a la detección conjunta de las patologías médicas agudas. Si hay alguna persona que concurra a la atención acompañando al paciente debe realizarse el estudio vincular, básicamente del grupo de crianza y de convivencia, según los cuadros que se muestran en los anexos correspondientes y podemos pasar así a la denominada evaluación integral de salud donde se incorporarían los exámenes clínicos que permiten prevenir ó detectar infecciones asociadas, mediante exámenes y complementarlos con el estudio psiquiátrico y psicológico y con la evaluación neuropsicología.

Para detectar el eventual deterioro de distintas funciones que pudieran impedir los naturales procesos de síntesis en el psiquismo. Esto se reflejará en la subjetividad por el efecto de impacto en las fallas eventuales de las funciones neuropsicológicas. El juicio, el raciocinio, la atención psíquica y la semiología psicomotora que complementa los factores a investigar.

La propuesta de esta evaluación se constituye en un momento orientador para el trabajo consecutivo y condicionar las perspectivas de alta que permitan establecer objetivos tras la mencionada evaluación que requiere la inclusión de pruebas muy sencillas y de realización inmediata articulando en esta etapa diagnóstica. Esto tiene un último punto definitorio para el objetivo fundamental: la recuperación del paciente, fundamentalmente para prevenir la descompensación psicótica estableciéndose si la misma obedece a una psicosis primaria o a una ingesta de productos psicoactivos o a un combinado de ambos casos. La llegada a la consulta en la primera etapa de consumo se caracteriza por su dificultad de realización debido a efecto de la euforia, alegría y excitación en el paciente. Es, en este caso, donde la historia del referente del grupo de crianza y de quien solicita la consulta es de extrema importancia para definir el diagnóstico. En un segundo momento evolutivo del trastorno adictivo, se presenta abulia, desgano o indiferencia.

El abordaje de la sintomatología que debe ser facilitado farmacológicamente hace posible la intervención psicoterapéutica.

Plan de trabajo

Los lineamientos básicos e ideas centrales, un plan de trabajo de prevención para la atención primaria, requiere como hemos dicho la aproximación diagnóstica grupal o individual (pares, grupos de crianza, familia). Éstos indicadores iniciales conforman la base desde la primer entrevista a demanda propia o de persona responsable del seguimiento en comunidad, es cuando el grupo de crianza es de baja contención y su necesidad de acompañamiento de grupo o figuras de referencia significativa en su comunidad es muy relevante para el éxito parcial o total del tratamiento.

Vemos así en la psicopatología convergente, un elemento básico para la clínica de la vulnerabilidad en esta problemática.

En su modalidad fundante como especie, la condición humana se define como socio-bio-psíquica. No hay posibilidad de desarrollo bio, sin que las circunstancias socio comunitarias y el vínculo con otros individuos de la especie lo permitan. En síntesis, se define desde un principio la condición humana en relación con los otros.

Esta situación, somete a todo integrante de la vida humana, tiempo de dependencia mayor al de otras especies animales (neotenia). Esto tiene una incidencia fundamental en la incorporación de nutrientes y de las modalidades primigenias de consumo necesario de materias, así como de la introyección de los registros de sus actos (huellas anémicas) en lo que se llama continuidad del psiquismo. Su susceptibilidad a dichos condicionamientos, sobre los que va desarrollando su aprendizaje social en cuanto ser individual hace que definamos al fenómeno descrito como vulnerabilidad psicosocial.

Esa persona tendrá un crecimiento que será efectivo en el caso de que se cubran convenientemente determinadas necesidades. Para que pueda obtenerse tal condición deberá gestarse en un grupo de crianza específicamente humano. Allí podrá adquirir, según el contexto socioeconómico en que se desarrolle, los nutrientes necesarios para lo que denominamos su soporte corporal (soma, organismo, cuerpo, etc.) e incorporar, metabolizar y desenvolverse desde su subjetividad, según una programación del mencionado contexto. Este contexto es el que regula los intercambios con los otros, quienes conforman desde los primeros momentos de su vida (intra y extrauterina) su modelado [o troquelado] de hábitos y costumbres para la cobertura de necesidades.

Significado de la adicción una aproximación para el abordaje

La adicción se instala sobre las carencias que producen la restricción de la comunicación y la cobertura de necesidades. En este sentido, el adicto expresa, en su situación personal, una demanda permanente ante este déficit de necesidades primarias ("Donde hay una necesidad, existe un derecho"¹⁵) y de la comunicación de su demanda a pedido, que se va aumentando con el pasaje del tiempo y la no resolución parcial (y si es posible) o total de su demanda.

Debemos hacer, sin embargo, una salvedad fundamental: El daño producido por la institucionalización total potencia esas demandas no recepcionadas, que la mayoría de las veces no concientes y por lo tanto, aumenta la angustia por la insatisfacción. Así el mensaje se torna con el paso del tiempo -y los agravantes de la restricción de la comunicación- más complejo, más confuso e irresoluble en espiral dialéctica de violencia; sólo resoluble:

- Con mayor capacidad de escucha
- Con la no discriminación por ninguna razón (Art. 2 de la DUDH).
- La posibilidad de creación, recuperación o reestablecimiento de fluidez vincular (comunicación).

15 Eva Perón.

La acción se torna mas eficiente cuando la realidad vincular comunitaria reemplaza la circunstancia de privación por medio de la sensibilización, el reconocimiento de si mismo y de los otros y la cobertura de las necesidades conforme a derecho.

La técnica que actúa como vía regia en tal sentido es la grupalidad como espacio de escucha, palabra, disenso y consenso (drenaje).

La participación grupal sistemática es posibilidad de drenaje de ansiedades en tanto permite comunicar la necesidad en palabras, es decir, desobturar canales de comunicación que, en caso contrario, promueven la expulsión (explosión) accesorial o la implosión en el mismo sentido como ataque a si mismo.

A los efectos del estudio integral del sujeto de intervención (la persona con adicciones) necesariamente se requiere del aporte de los conocimientos de los distintos campos de la organización del saber que denominamos ciencia. En nuestro caso y objeto específico dichos campos serán el social, el biológico y el psicológico.

Para tal estudio integral hemos partido así de 2 fenómenos constitutivos de la especie: primero una necesidad fundamental de incorporar nutrientes para su soporte corporal y su desarrollo de las disposiciones funcionales biológicas; en segundo término la incorporación de las vivencias, con el contenido biofísico y registro mnémico de las emociones en lo que denominamos introyección. El ordenamiento interno de los distintos momentos de la existencia con los eventuales impactos traumáticos se inscribe en la continuidad de la vida psíquica.

Ello, que constituye el trance específicamente humano. Va a ser la base de su historia subjetiva que es insoslayable del contexto sociocultural y económico en que la misma se irá desarrollando en su tiempo de vida (desde su gestación a su muerte). Dicho contexto socioeconómico cultural a través de su grupo de crianza marcaran entonces una serie de necesidades (algunas podrán cubrirse y otras no) que en caso de no ser satisfechas determinarán carencias y dependencias. De no realizarse la cobertura de las mismas el individuo recurrirá a sustitutos que cubran (o aparenten cubrir) las demandas de dicho necesario consumo.

Lo hasta aquí descrito es para decir que:

- A) el consumo de materias es inherente a la condición de los seres humanos, tanto en lo físico como en lo psíquico.
- B) la vulnerabilidad psicosocial se expresa en el grado de ansiedad en las relaciones humanas. Requiere para su reducción la eliminación de la participación en el intercambio con los otros seres, o bien la disminución de los mismos. La mencionada ansiedad es elemento constitutivo de todo sujeto de la especie. La reducción indicada, o la obturación parcial del drenaje de la ansiedad se requiere para conservar la dinámica esencial de intercambio con los otros y con el medio en forma equilibrada.
- C) al no producirse el drenaje (acumulación de tensión) se provocan acciones tendientes a aplacar esa ansiedad que se van transformando en angustia (metabólicamente expresada con expresión somática claramente expresada. De prolongarse esa situación el exceso ansioso llega a obturar la organización personal, desestructurando psíquicamente al individuo que perdida su homeostasis mínima requerida, produce la consecuente implosión ó explosión que trata de neutralizar -con o sin éxito- mediante la incorporación del objeto de la adicción).

Fundamentar la intervención sobre la persona que presenta adicciones requiere tener presente que tal estado produce una perdida progresiva de derechos. Esto sucede por el deterioro que se opera en la base del soporte corporal y por ende en el psiquismo y por directa relación en la interacción socio-vincular.

En los expertos en el tema de las adicciones se observa una clara tendencia a señalar una etiología nítidamente socio-vincular, afectada e influida muy específicamente por las condiciones socioeconómicas. Todo ello se constituye en una capacidad de génesis angustias, con clara expresión somática, producto de ese complejo entorno.

Abordaje de las adicciones

En el análisis del abordaje de las intoxicaciones por adicción, debemos considerar el soporte corporal (disposiciones funcionales biológicas de acuerdo al modelo Freud, Bion, Piaget) con los componentes que generan situaciones críticas, tales como la relación neuropsicológica y el impacto de las sustancias en dicho ámbito (sistema neuro-humoral y situaciones metabólicas).

Entiéndase lo que vamos a relatar como un detalle fundamental para la intervención en personas con sufrimiento mental de cualquier orden que desemboca en mecanismo de defensa gracias a su adicción.

La historia de la metabolización de los afectos –que no circulan solamente en el campo simbólico, sino que tiene una intensidad tremendamente significativa en el soporte corporal-, ha sido estudiada desde hace muchos siglos.¹⁶ Dicha metabolización de las emociones se da desde la gestación, se expresa fundamentalmente en los patrones¹⁷, especialmente como determinaciones fundantes de la condición de existencia extra-uterina y del proceso de “asimilación – acomodación – adaptación”¹⁸ a las nuevas condiciones de vida consecuente con el episodio de “nacimiento”.

Al respecto debemos considerar especialmente, los fenómenos de ecología social (comunidad) y su influencia en la construcción de subjetividad de la persona que nace, su grupo de crianza y de pares, que denominamos aparato psíquico prestado de los primeros años de vida.

Así como las variables culturales inciden necesariamente en esta consideración, los fenómenos propios de la ecología (en el plano de la naturaleza) conforman bases tendientes a construir los hábitos alimentarios, los de provisión de otros nutrientes y estructurantes del sistema corporal en total comunión con lo afectivo.

La construcción de vínculos, determinantes en el fenómeno estudiado va a regular el drenaje de las ansiedades, en su triple representación: depresiva, persecutoria y confusional. Esta última, la confusional, se presenta en el acto del episodio de intoxicación grave; las anteriormente señaladas marcan los elementos anticipatorios detectables por un promotor o acompañante con cierto grado de entrenamiento que permita anticipar el acto auto o hétero lesivo.

Aceptada esta circunstancia acerca de las condiciones eco-sociales en que se desenvuelve una persona sujeta por las adicciones podemos señalar tres momentos:

- A) un primer momento en el cual la incidencia del grupo de crianza, que también padece los impactos recién señalados crea puntos de fractura que van a ser reactivados con un montante de ansiedad mayor ante situaciones de convivencia cotidiana. De esta forma, los espacios creados de convivencia cotidiana constituyen, desde su gestación, la plataforma y el troquelado de su aprendizaje socio vincular que es visualizado como construcción de subjetividad. Esto constituye la historización del sujeto (sujetado a esa historia) que en tanto sucesión de momentos, es clave para encarar las modificaciones del aprendizaje señalado. Ese desaprender (en nuestro caso, una adicción) es doloroso, pero posible en altísimo grado si se emplean las técnicas y métodos apropiados, llevada esa cooperación a cabo por personal idóneo.

¹⁶ Ejemplos: Hipócrates, “Engrama de Error” de Roff Carballo, Rolla, Pichón Riviere, Etc.

¹⁷ Enrique Pichón Riviere

¹⁸ Jean Piaget

- B) En un segundo momento, se han producido ya consolidaciones en el aprendizaje social de la adicción que hacen más difícil su remisión. Tanto más cuanto más tiempo haya transcurrido y mayor sea la intensidad de la misma. Se requerirá entonces, medidas de abordaje con modalidades de tratamiento más intensivo por una circunstancia en la que se han superado los límites de la capacidad de respuesta del soporte corporal (transformaciones metabólicas, daños de orden neuropsicológicos o cuadros de desorganización psíquica). En estos casos deberemos recurrir a desintoxicación sustitutivos de áreas afectadas o a paliativos que permitan atenuar el sufrimiento físico o mental que sobrevenga.
- C) Al acordar que el engrama¹⁹ sobre el que se instala la adicción es un recurso que es propio de nuestra especie y que responde a un aprendizaje social, estamos afirmando la posibilidad de la reversión de los cuadros generados por la adicción en la mayoría de los casos.

Hay un momento especialmente delicado que es el pasaje al tratamiento en comunidad cuando el mismo no ha sido una indicación primaria. En el caso en el que se debió recurrir a la desintoxicación debemos tomar en consideración una serie de variables respecto a la capacidad de continuidad de los grupos de crianza y la acción de los grupos de pares (amistades o referencias). Pasamos a describir la mecánica con la que se procede a la re inserción socio-comunitaria en tales casos es factible de realización un abordaje que contemple no solamente el acompañamiento terapéutico a la persona con tal tipo de sufrimiento, sino también un reforzamiento del grupo familiar -que de ser posible- debe contar con un apoyo de un referente seleccionando perteneciente a la misma comunidad. Debemos tener presente en forma permanente de que la eventual remisión puede tener una duración relativamente breve, de acuerdo a los condicionamientos de los grupos en los que la persona afectada se desenvuelve

La conformación de este tipo de subjetividad debe ser cuidadosamente analizada para que se pueda obtener resultados satisfactorios. Por ello es muy importante determinar en el proceso de diagnóstico integral las distintas etapas de intervención y el cuidadoso abordaje de la problemática de modo de no caer en el engañoso episodio de las llamadas pseudomejorías que se transforman en un posteriormente más grave episodio.

La labor de un equipo interdisciplinario permitió evidenciar un prototipo del modelo de abordaje: Grupalidad, dificultad de compatibilizar las distintas visiones sobre un mismo fenómeno, referencias duras a las disciplinas que componían el equipo de trabajo, momentos de desaliento donde parecía no poder alcanzarse el objetivo, así como el resto de fenómenos propios de la condición esencial de grupalidad e interdisciplinariedad del abordaje de este tipo de problemáticas.

Así como esta síntesis ha sido laboriosamente trabajada del mismo modo, aunque con mayor intensidad, se presenta la resolución de casos en la intervención terapéutica. Hay un efecto de halo que determina que la modificación de la persona con sufrimiento mental se extienda y no siempre en sentido positivo hacia aquellos que conforman el grupo de pertenencia de la misma.

Reflexiones personales sobre los actos de justicia

- 1) El objetivo de la función forense –entendiendo foro en el sentido originario de las culturas circulares, administración de justicia con participación sin discriminaciones- en su fundamento esencial es la acción de mesura, sensatez y prudencia necesaria para mantener el equilibrio dinámico en la interacción socio-comunitaria.
- 2) La mediación para el acto de juicio pone en su correcto lugar a la acción agresiva y la respuesta de quien recibe esa agresión o sus deudos. Así veremos la Administración de

¹⁹ Roff Carballo

Justicia tanto en los modelos positivistas como en los modelos de la horda, o tribales, como los diferentes modelos de justicia a lo largo de la historia que analizaremos posteriormente.

- 3) En lo penal, lo constituye la conciliación, el acto tributario con participación de jurados hasta el momento, lo cual disminuye progresivamente la concentración del acto de justicia en lo atinente al juicio.

Lo expresado, además, tiende a reducir la delegación o representación en pos de los dispositivos de participación directa de los habitantes como objetivo a lograr. Por otra parte, la participación no representativa redimensiona la acción jurídico-judicial, así como las distintas instancias de revisión (ver punto de vista Latinoamericano; Caracas, 1980). En este sentido la acción correcta de los medios masivos de comunicación ayudaría en este sentido si la despojamos de la concentración mediático empresarial capitalista o la regulamos en esto.

El lento retroceso de lo punitivo represivo, en la forma recién señalada, va resignificando la función de la privación total o parcial de la libertad, así como el modelo de resarcimientos económicos en dirección de otras medidas alternativas. También es necesaria la revisión del modelo de resarcimiento económico en casos específico.

- 4) El aumento del número de convenciones internacionales (consenso máximo) expresadas a partir de 1989 y la ratificación de los pactos sociales, civiles, económicos y culturales han generado una nueva perspectiva consensuada de la discusión en el mayor ámbito de intercambio. Es decir: en las Asambleas de Naciones Unidas. Esto a todas luces es perfectible pero es actualmente lo que hay.

Lic. Juan Carlos Domínguez Lostaló

Otras consideraciones

1- La importancia de la neurología aplicada al tratamiento del consumidor de sustancias adictivas.

Frecuentemente, escuchamos hablar del daño cerebral que ocasiona el uso y el abuso de drogas, alcohol, psicofármacos y otras sustancias adictivas. La mediatización del consumo de Paco y Pasta base, ha catapultado consideraciones que, resultan erradas o insuficientemente fundamentadas.

“El paco en seis meses te quema el cerebro”, “cada vez que los pibes se alcoholizan matan neuronas que no se regeneran más”, son algunas de las múltiples aseveraciones que se dicen con extrema ligereza y escasa comprobación científica.

La dependencia de sustancias debe entenderse como un trastorno complejo, con determinantes que no son solamente biológicos y genéticos, sino también psicológicos, sociales, culturales y ambientales, no existiendo en la actualidad, forma de identificar quienes se volverán dependientes, ni antes ni después de que empiecen a consumir drogas.

Desde la perspectiva neurobiológica, se considera a las adicciones como una enfermedad del cerebro que afecta múltiples circuitos cerebrales, entre ellos los relacionados con la gratificación, la motivación, el aprendizaje la memoria, y el control de las inhibiciones sobre el comportamiento.

Es decir que, el uso crónico de sustancias produce modificaciones a nivel cerebral de larga duración que explicarían gran parte de las conductas asociadas a la adicción, como la compulsividad en el consumo, o la focalización del interés en torno al consumo, abandonando otras áreas de interés.

Esto ubica a la dependencia de sustancias, como un trastorno crónico con recaídas, que no debe entenderse que está vinculado a la falta de voluntad o de deseo de abandonar el consumo.

Lo que se altera con el consumo y la adicción a diversas drogas, es producto de modificaciones a nivel cerebral, que a su vez, provocan el deterioro de distintas funciones neuropsicológicas, entre las que destacan, por su crucial relevancia clínica, las llamadas funciones ejecutivas.

Estas constituyen un conjunto de habilidades superiores de organización e integración que se han asociado neuroanatómicamente a diferentes circuitos neurales que convergen en los lóbulos prefrontales del córtex cerebral.

Las mismas, están implicadas en la anticipación y el establecimiento de metas, el diseño de planes, la inhibición de respuestas inapropiadas, la adecuada selección de conductas y su organización en el espacio y en el tiempo, la flexibilidad cognitiva en la monitorización de estrategias, la supervisión de las conductas en función de estados motivacionales y afectivos, y la toma de decisiones.

El deterioro de estas funciones se ha vinculado, en el contexto de la rehabilitación de los pacientes adictos, a un menor porcentaje de finalización del tratamiento y a un mayor índice de recaídas.

En todos los casos, una mayor gravedad del consumo está relacionada con una peor ejecución en las pruebas neuropsicológicas que evalúan las funciones ejecutivas.

Los sujetos drogodependientes por lo tanto, pueden tener considerables dificultades para tomar

conciencia de su propio déficit, entender y razonar instrucciones complejas, inhibir respuestas impulsivas, planificar sus actividades diarias y tomar decisiones cotidianas.

Por ello, para determinar y especificar el daño cerebral, necesitamos realizar aquellos estudios que efectivamente nos indicarán que sector está lesionado y en qué medida.

La neurología, al igual que otras ciencias de la medicina, necesita implementar recursos propios del área técnica aplicable para arribar a una diagnosis certera.

Estos recursos para evaluar los daños sufridos a nivel cerebral por las distintas enfermedades entre las que se incluyen las adicciones a sustancias, son fundamentalmente la evaluación neuropsicológica y las técnicas de neuroimagen.

La evaluación neuropsicológica estudia las manifestaciones psicológicas del daño cerebral mediante distintos test, es decir la relación cerebro-conducta, e incluye tanto la evaluación como la posterior rehabilitación de daño cerebral y por otro lado, las técnicas de neuroimagen que permiten investigar con técnicas no invasivas y con mayor precisión, la naturaleza, la localización y la extensión de las alteraciones cerebrales asociadas al consumo de sustancias adictivas.

Implementar recursos como la realización de test neuropsicológicos (*) y técnicas de neuroimagen (**), resultan esenciales para conocer el estado funcional del cerebro y determinar con precisión cuál es el daño o la lesión producida por el consumo de sustancias adictivas.

Esto nos permitirá abordar el tratamiento acorde a las necesidades del paciente. Además, a implementación de estos estudios, brinda al médico, herramientas de conocimiento específico que le permitirán abordar al paciente con el tratamiento idóneo para su recuperación.

Un tratamiento clínico médico resulta insuficiente, si no se aplican todos los recursos de salud necesarios para abordar íntegramente la enfermedad del paciente. Curar a medias, no es curar.

Por ello, acercar la mirada de la neurología en materia de adicciones, no constituye un elemento de menor importancia ni de accesoriedad, sino absolutamente, todo lo contrario.

Lo dicho, implica tener en cuenta los últimos avances de la neurociencia que abren un panorama alentador en el estudio y tratamiento de las adicciones, vinculándolo a procesos cerebrales que tienen en cuenta, cómo las distintas sustancias adictivas como la cocaína, el paco, la pasta base, el alcohol, etc. actúan en varias áreas del cerebro, que se han denominado las vías del placer o los sistemas de recompensa, produciendo la liberación de neurotransmisores como por ejemplo la Dopamina.

También permite entender cómo otros determinantes como la comorbilidad psiquiátrica, juegan un rol muy importante en el mantenimiento y desarrollo de las conductas adictivas y cómo influyen otros factores como los sociales y ambientales.

Por último, una vez realizados los test neuropsicológicos y los estudios de neuroimagen, se deberían incluir las técnicas de rehabilitación neuropsicológica o cognitiva, que son un conjunto de procedimientos mediante los cuales se pretende proveer a la persona de estrategias que contribuyan a mejorar o recuperar los déficits producidos en las capacidades cognitivas.

Dr. Carlos Morasso

(*) En la Evaluación Neuropsicológica se deberían incluir entre otros los siguientes test: Subtest de Vocabulario del WAIS-III. Trail Making Test –A Y Trail Making Test B. Test de Colores y Palabras STROOP. Symbol Digit Modality Test. Examen de Afasias de Boston. Test de la Figura Compleja de Rey. WAIS-III. Test de Categorías. Wisconsin Card Sorting Test. Gambling Task. Etc. FIN PIE DE PÁGINA.) (**) Permite cuantificar cambios de perfusión cerebral, determinar la distribución espacial de las concentraciones de los distintos metabolitos, Permite cuantificar cambios en la actividad o la activación cerebral. PET: Tomografía por emisión de positrones. Permite cuantificar cambios en el metabolismo cerebral. SPECT: Tomografía por emisión de un único fotón: Permite cuantificar cambios en la perfusión cerebral. ERMN: Espectroscopia por resonancia magnética y. RMNF: Resonancia magnética funcional

2- Algunos puntos relevantes del aspecto psiquiátrico y psicofarmacológico en la problemática del consumo de sustancias psicoactivas.

El abordaje de la persona con problemas de consumo de sustancias psicoactivas debe ser específico y correspondiente a cada estructura, siendo necesario realizar un diagnóstico diferencial que integre las distintas áreas del comportamiento de la persona (sociológicas, toxicológicas, psiquiátricas y psicológicas).

Las sustancias psicoactivas con alto potencial de abuso, se caracterizan por alterar la función del sistema de neurotransmisión dopaminérgico o mesocorticolímbico .

Resulta conveniente, describir los cambios de estado encontrados en los pacientes en relación al tiempo de inicio de consumo de las sustancias psicoactivas, ya que los recursos terapéuticos son diferentes en la etapa aguda o en la cronicidad.

En una primera etapa de consumo, el paciente presenta un estado de euforia, de alegría y de excitación por efecto del aumento de la dopamina. En esta etapa, difícilmente se acercan a la consulta médica y es por esta situación, que están más dependientes del “craving” (deseo imperioso de consumir), incrementándose en este período, la necesidad de volver a consumir.

En una segunda etapa, entrando en la cronicidad, se produce una hipodopaminérgia, (disminución de la concentración de dopamina) apareciendo, en virtud del descenso de la dopamina: abulia, desganado e indiferencia.

Es en este período cuando los psicofármacos actúan de manera diferente, indicándose sustancias tendientes a frenar el “craving”.

Al aumentar la Dopamina, la sintomatología va cediendo, siendo posible entonces el abordaje psicoterapéutico.

En el enfoque clínico de los pacientes consumidores de sustancias debe investigarse en sus comienzos el estado del hígado, órgano que interviene en la metabolización de los psicofármacos a través de las enzimas producidas por el sistema Citocromo, P 450 en sus familias y subtipos para la biotransformación y eliminación de los distintos psicofármacos, teniendo en cuenta aquellos que al no ser metabolizados por el hígado, son eliminados directamente por riñón.

Otro tema importante es el de las interacciones medicamentosas, ya que otras sustancias pueden entrar en competencia para ser metabolizados por este sistema enzimático, dando lugar a una inhibición competitiva de las isoenzimas .

Asimismo, cabe destacar que, las alteraciones de los neurotransmisores que se producen en los trastornos psiquiátricos primarios, aumentan el riesgo de padecer adicciones.

Un modelo de abordaje terapéutico interdisciplinario debería enfocar lo individual, lo familiar, lo comunitario y/o social y lo neurobiológico, incluida la farmacología, tratando de establecer un plan terapéutico individual, adecuando las estrategias asistenciales a la necesidad del paciente.

Desde la Psiquiatría y la Neurología se prioriza el enfoque, biológico- cerebral proponiendo un tratamiento acorde con el mismo.

La propuesta del psicoanálisis es encontrar alternativas diferentes al concepto de “curación “, basando su esfuerzo terapéutico en el valor de la palabra teniendo en cuenta si al configurar un síntoma, la adicción está indicando algo de la subjetivación.

Dichos conceptos aparecen desarrollados por la psicoanalista francesa Sylvie Le Poulichet en relación a las toxicomanías, planteando una verdadera encrucijada sobre la pertenencia de este fenómeno al campo de la sociología, o su dependencia de un abordaje médico, jurídico, psicológico o de otro orden.

Esta indeterminación puede llegar a reflejarse en la conducta a seguir en torno al consumo problemático de sustancias psicoactivas. Es interesante este planteo ya que está implícito en él, la cuestión de la demanda (de abordaje, o de tratamiento) que en general no proviene del adicto sino de la familia y de la sociedad.

Resulta fundamental, estar atentos a la misma, para responder responsablemente desde las diferentes disciplinas competentes en el tema, (medicina, psiquiatría, psicología, sociología, trabajo social, etc.), en un contexto de políticas sanitarias públicas y eficientes, con recursos estatales idóneos que permitan lograr la “neoinserción” de las personas problematizadas por el consumo de sustancias psicoactivas, en los ámbitos personales, familiares, laborales y sociales.

Dra. Susana Cernadas

3- El trabajo social con niños, niñas y adolescentes consumidores de Paco y otras sustancias adictivas

Iniciamos el presente camino sin desconocer la urgencia y necesidad de respuestas inmediatas que necesitan las personas que no pueden acceder a ningún centro de salud. Niños, niñas y adolescentes que muchas veces se encuentren en situación de calle de manera permanente, transitoria o que alternan en la misma.

Esta imposibilidad encuentra una demanda desesperada de resolución rápida y apremiante desde los diferentes sectores y actores de la sociedad.

Es necesario el compromiso de asumir un plan de trabajo integral e integrador, que involucre de manera sistemática y diaria a los operadores y/o educadores que día a día interactúan junto a las personas más vulnerables.

El objetivo es conocer situaciones en medio abierto (considerando: el territorio de calle, asentamientos, plazas, espacios públicos de alto tránsito, espacios comerciales, etc.) que ameriten un trabajo sostenido, logrando con la mantenida presencia, el primer objetivo cumplido en los lugares establecidos.

Alcanzado dicho fin, se podrá iniciar una relación y en lo posible, entablar un vínculo de confianza, para que sean la base de un trabajo interdisciplinario y para lograr diseñar junto al niño, niña o adolescentes su proyecto de vida. El cambio de referencia, como un otro, como adulto, se logra construyendo junto a la persona desde la cotidianidad de su espacio.

Es fundamental comprender a estos como sujetos de derecho, con potencialidades y con la necesidad de aproximarse a ellos conociendo su trayectoria de vida, desde su singularidad y atendiendo el contexto en el que se encuentran.

Atendiendo lo anterior, es necesario enmarcar el análisis y la reflexión de las estrategias de trabajo desde la noción de proceso salud - enfermedad que, según el autor Eduardo Menéndez, hace referencia a una estructura universal, que opera en cada sociedad, constituyendo hechos cotidianos tanto en los padecimientos como en las respuestas a los mismos, generando significados colectivos.

“En términos estructurales el proceso- salud- enfermedad supone la existencia en toda sociedad de representaciones y prácticas para entender, enfrentar y de ser posible solucionar la incidencia y consecuencia generadas por los daños en la salud”. (Menéndez Eduardo: 1994).

Desde esta perspectiva consideramos que las nociones de enfermedad/adicción, están integradas al proceso de salud-enfermedad. Por lo tanto, la enfermedad es comprendida como un proceso social y que sólo no se explica por su naturaleza biológica, sino fundamentalmente por las normas culturales y las circunstancias socio- histórico donde dichos procesos se establecen.

La atención de la salud es analizada como parte del proceso salud-enfermedad en un momento determinado y se vincula con la posibilidad del acceso a saberes y/o servicios sanitarios de las personas y de sus familias.

Dicho proceso supone admitir la existencia de un conjunto de valores, que interactúan en cada sujeto y en la construcción de la enfermedad; construcción en la cual se distinguen representaciones y prácticas de compleja articulación, que van adquiriendo formas diversas de ordenamiento simbólico en las que interviene las opciones materiales.

Se atiende a la persona desde su singularidad con sus ideas, proyectos y derechos, que vive en su contexto familiar y social particular, donde cada decisión es tomada considerando los deseos de una persona con enfermedad, a la luz de los principios de la Bioética.

Uno de los instrumentos esenciales que determinarán el éxito del proceso de atención es ejercer la escucha, activa y comprometida, despojándose de todo prejuicio y preconceito para dejarse impresionar por las voces de estos sujetos que presentan un padecimiento que no sólo es físico, sino también emocional, social y que afecta a su familia y contexto más próximo.

Para la implementación de un plan con estas características junto a los trabajadores que integran los equipos de actuación, es necesario establecer diseños de intervención que se encuentren enmarcados en conceptualizaciones y formaciones continuas con marcos teóricos, metodologías y técnicas basados en la promoción y protección integral de los derechos de las personas.

Realizar un diagnóstico bio psico social, requiere de un equipo de profesionales, integrado por varias disciplinas (médico, trabajador social, psicólogo, etc.). Es importante que cada sujeto sea comprendido, a la hora de pensar un tratamiento integral, desde su singularidad, atendiendo cada trayectoria individual y familiar, como así también conocer su contexto y sus aspectos culturales. Es por ello que es imprescindible diseñar un tratamiento a la medida de cada paciente.

Se debe incluir la aproximación evaluativa diagnóstica, tanto de la situación grupal como individual. Existen casos o situaciones que se pueden incluir a la familia de origen, biológica, ampliada o a los diferentes referentes afectivos.

El diseño debe contemplar la flexibilidad suficiente para poder visualizar y posibilitar en los casos que lo ameriten, el corrimiento en la intervención del adulto operador, educador o profesional y modificar la metodología implementada.

Es frecuente que sean los niños, niñas y adolescentes quienes eligen trabajar con nosotros, quienes eligen el vínculo, la relación con el adulto y así lograr las estrategias y técnicas son personalizadas.

Hay situaciones que demandan una rápida evaluación y posterior intervención, por los diferentes y diversos cuadros que se presentan en esta operatoria de detección y trabajo personalizado en medio abierto. Se pueden incluir los siguientes casos: consumo sostenido y crónico, embarazadas, chicos y chicas de muy corta edad, período de lactancia, internaciones con o sin hijos/as, etc.

Ya en esta instancia del proceso, es necesario contar con un acompañamiento profesional que garantice su promoción, la construcción del sostenimiento y su posterior encaminamiento.

Actualmente nos encontramos con centros de atención y orientación, que principalmente dependen de organizaciones de la sociedad civil (ong's) que brindan asesoramiento, derivaciones y contención tanto a los familiares como a los niños, niñas y adolescentes que se encuentran comprometidos con el consumo.

Pero el sostenimiento de estas organizaciones muchas veces es endeble, debido a su principal fuente de funcionamiento, su financiamiento. El resultado positivo de un tratamiento también es posible por el sostenimiento en el tiempo y espacio de estos lugares. Por ello, la inconveniencia de que sean dependientes o estén pendientes de las gestiones gubernamentales de turno.

El acompañamiento profesional, de la familia²⁰ o de referentes significativos es primordial para iniciar y sostener cualquier tratamiento recomendado. Sean estos, ambulatorios, centro de día o internación.

Aquí se inicia un camino sinuoso donde son escasas las ocasiones en que los niños, niñas y adolescentes pueden contar con algún referente afectivo, adulto responsable. Por lo que es necesario instalar esta figura positiva, que sea la persona que favorezca el inicio y sostenimiento de la estrategia diseñada para su tratamiento.

La falta de un diseño para esta modalidad produce la forzada inclusión de los adultos que muchas veces no pueden relacionarse de manera positiva y asumir un compromiso en la salud de los chicos y chicas.

En caso de que el tratamiento sea de modalidad ambulatoria, de tránsito, las acciones y estrategias deben contemplar y considerar la figura de este acompañamiento desde el inicio de cualquier proceso de tratamiento.

Entonces, se debe avanzar hacia la consolidación del tratamiento, con un acompañamiento personalizado y afianzado. Acompañamientos que se deben encaminar hacia los aspectos sociales, culturales, educativos, de formación, laborales en los casos que correspondan, de vivienda y salud integral.

La celeridad de estos tiempos y la compleja realidad ameritan la necesidad de intervenir sin priorizar cualquiera de estos aspectos. El aspecto vincular - afectivo es de suma importancia para el sostenimiento del tratamiento y es el factor más difícil para conformar.

Hay que diseñar y acompañar tanto desde un ámbito institucional referente y positivo, como desde la personalización.

Una propuesta que se puede construir es junto a las madres que luchan día a día y desde la territorialidad contra la venta y el consumo de la sustancia denominada paco y pasta base. Su consolidación territorial como organización puede significar instituir una base que conlleve la simple y valorada estrategia de cómo se debe implementar diseños personalizados de acompañamientos tanto para la instancia de desintoxicación como en el inicio de cualquier tratamiento.

Despojándose de cualquier apreciación profesional técnica médica pero valorizando a las mismas e intentando un posicionamiento desde la cotidianeidad y los valores de crianza necesarios para favorecer un cambio y un proyecto de vida diferente junto a los niños, niñas y adolescentes.

20 Para conocer las características de las familias es importante explicitar que se entiende por familia: Definición dominante de "familia": conjunto de individuos emparentados, vinculados entre sí por el matrimonio, la filiación o la adopción, que se encuentran cohabitando y participando en común de las actividades cotidianas de reproducción social. Se considera a la familia desde las nociones de vínculos de parentesco y organización de actividades de la cotidianidad superando los límites de la co residencia de sus integrantes.

Se entiende por actividad cotidiana de reproducción social: a las actividades vinculadas con la producción y consumo, el acceso a bienes y servicios y la reposición generacional (socialización de niños y cuidado de ancianos). Se incluye en esta última tanto la concepción o nacimiento como la muerte de los sujetos. Las actividades cotidianas no se circunscriben a lo diario o convencional, incluyen la excepcionalidad de las acciones.

Se identifican hogares o unidades domésticas:

- "nucleares completos" formados por los dos progenitores con hijos solteros o sin ellos
- "monoparentales o nucleares incompletos" formadas por un solo progenitor con hijos solteros
- "extendidos" formados por una familia nuclear más otros parientes
- "compuestos" formados por una familia nuclear y otros no parientes
- "ensambladas" conformadas por nuevas uniones

Necesario es que se las acompañe y contenga ya que ellas, al igual que las demás familias y personas significativas, son el primer recurso cuidador, con lo cual es imprescindible darles un espacio de escucha y cuidado para que puedan cuidar.

Por último es necesario remarcar la importancia de que los servicios salud y asistencia necesarios para desarrollar el trabajo propuesto, deben garantizar su funcionamiento durante las veinticuatro horas del día, con énfasis en los fines de semana y días lindantes al mismo, y en zonas de permanente accesibilidad a la población.

Lic. Carlos Calbiño

4- Breves cuestiones sobre las políticas de drogas y las estrategias de reducción de daños y riesgos aplicada en materia de adicciones.

A partir del año 2008, se ha venido produciendo en Argentina desde el Estado nacional, un proceso de modificación en las políticas de drogas desde una perspectiva social y sanitaria, que restablezca las competencias de los diferentes Ministerios en el abordaje sobre los usuarios de drogas (UD), con un enfoque de derechos y promoción de ciudadanía.

Prueba de ello fueron los posicionamientos sostenidos por Argentina en las Convenciones Internacionales sobre políticas de drogas en el año 2008 y 2009 y el trabajo del Comité Científico Asesor en Materia de Control del Tráfico Ilícito de estupefacientes, Sustancias Psicotrópicas y Criminalidad Compleja, en el marco del Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos, en la reformulación de las políticas de drogas, involucrando al conjunto de los Ministerios para un abordaje integral tanto en la prevención general como en el abordaje a la población que realiza algún tipo de consumo y de aquellos que desarrollan algún tipo de consumo problemático, entre ellos los que son tipificados como adicciones o relaciones de dependencia con la sustancia.

En Agosto del 2009 la Corte Suprema de Justicia de la Nación produce un fallo referido a la Causa Arriola donde por un lado declara la inconstitucionalidad del artículo 14, segundo párrafo, de la ley 23.737, que establece como delito penal la tenencia de drogas para consumo personal y por otro lado exhorta *“a todos los poderes públicos a asegurar una política de Estado contra el tráfico ilícito de estupefacientes y a adoptar medidas de salud preventivas, con información y educación disuasiva del consumo, enfocada sobre todo en los grupos más vulnerables, especialmente los menores, a fin de dar adecuado cumplimiento con los tratados internacionales de derechos humanos suscriptos por el país”*. Hoy existe a nivel de Jefatura de Gabinete de Ministros de la Nación la Comisión de Coordinación de Políticas de Drogas.

Todos estos hechos son enormes avances al restablecimiento de un enfoque de derechos y ciudadanía que construya un abordaje integral y brinda un marco legal y de criterios muy importantes. A su vez el estado actual de los recursos públicos que deberían intervenir dista mucho de aquello que consideraríamos como “situación óptima actual” para abordar los consumos problemáticos y fundamentalmente aquellos UD con vínculos adictivos con algún/nos tipo/s de sustancia/s para el abordaje.

¿Cómo conjugar estos hechos condicionantes bajo los cuales estamos convocados a elaborar una propuesta de guía de criterios y pasos a seguir, ante determinados casos jurídicos o judiciales de ciudadanos adolescentes y/o jóvenes con consumos problemáticos y/o adictivos de sustancias psicoactivas, atravesados por la ley penal o por normativas vinculadas a cuestiones de familia? ¿Cómo responder entonces, en el aquí y ahora, a los magistrados que consultan sobre el “que hacer” con estos casos que se les presentan en su actividad cotidiana? ¿Cómo responder al requerimiento de una guía de recomendaciones para una atención adecuada de los mismos?

Considero que no debe desecharse nada de lo que el Estado Argentino ha avanzado en cuanto a la reformulación de las políticas de abordaje a los usuarios de drogas y siendo consecuentes con este criterio informar, sugerir y/o recomendar criterios y/o pasos a tomar en cuenta para aplicar según la singularidad de cada sujeto que conforma el caso jurídico y/o judicial, es decir la singularidad clínica, el caso por caso, el uno por uno.

Es importante considerar que antes que un caso clínico, tenemos una situación, un adolescente, un joven, un contexto integrado por diferentes subcontextos (familiar, social, afectivo, educativo, etc.), que no sólo nos da información para una aproximación diagnóstica sino que nos permite apreciar los recursos potenciales sobre los cuales pivotear para elaborar un pronóstico.

Estos recursos, conjugados con las intervenciones preventivas, asistenciales y sociales desde la esfera pública, pueden tornarse claves para el desarrollo de un proceso en el cual se afirme la reformulación de su posición subjetiva y de su modalidad vincular con el otro en el marco de actividades vitales productivas.

La complejidad del problema que nos convoca y las diferentes dimensiones que abarca, no plantea la intervención de “especialistas” sino la necesidad de un enfoque interdisciplinario que conjugue la dimensión sanitaria, la dimensión subjetiva y la dimensión social del problema, tomando en cuenta y apoyándose en las significaciones y representaciones sociales al respecto de los UD.

Estas situaciones de consumo problemático de drogas deberían analizarse desde el triángulo conformado por Las Drogas-Los Sujetos-Los Contextos, evitando así la cosificación del paciente, donde todas las respuestas a la cuestión están del lado de la eficacia de la sustancia.

Las sustancias no deben subestimarse, tienen su eficacia y riesgos pero de lo que se trata es de poner en el centro del tratamiento al sujeto, muchas veces fijado a un consumo que lo cosifica y que no lo implica subjetivamente en ese acto de consumo. Hay que ver que lugar en su vida psíquica ocupa esa sustancia para cada sujeto, con una historia de vida singular, diferente a las de otros, cual es la finalidad que ocupa ese consumo, para que situaciones, para que le sirve al paciente, que le resuelve.

Se trata de contribuir con un tratamiento que promueva que el sujeto tome la palabra, pase de la queja por padecer esa adicción a la responsabilización de ese acto por el cual padece, implicándose así subjetivamente.

Resulta importante en este sentido, que los dispositivos públicos con ofertas diversas de tratamiento, tomen en cuenta no sólo la accesibilidad a los mismos sino también la aceptabilidad de parte de los mismos usuarios de drogas que tomen contacto. Esto implica tomar en cuenta que hay una serie de cuestiones preliminares y/o consideraciones previas que son claves para generar condiciones de posibilidad de tratamiento en situaciones de consumos problemático y que se condensan en lo que se denomina *“Operación de Alojamiento... La premisa es la operatoria de inclusión, paulatina, en un dispositivo. Antes de todo se trata de ofrecerle un Otro dispuesto y disponible”*²¹

Las Estrategias de Reducción de Daños (RRDD) incorporan para la asistencia el criterio de umbral de baja exigencia o mínimo de exigencia. Este criterio no plantea la abstinencia obligatoria de sustancias, como precondition o punto de partida para el inicio de tratamiento, salvo que la singularidad clínica del paciente o la modalidad del dispositivo así lo requieran. Valora positivamente los logros intermedios y considera, en todo caso, que la abstinencia puede llegar a ser un punto de llegada. Se orienta a posibilitar la accesibilidad de los ciudadanos que padecen consumos problemáticos y/o toxicomanías y/o adicciones a los dispositivos terapéuticos, tanto sociales como de los servicios de salud.

La RRDD desarrolla dispositivos preventivo-asistenciales y de neoinserción social adecuados - es decir dúctiles, amplios creativos y diversos - para facilitar la atención y alojar las demandas provenientes de la población en general y fundamentalmente de aquella parte de la población que desarrolla algún tipo de consumo problemático, sobre todo con aquellas personas que no pueden o no quieren dejar de consumir como también con sus familiares, referentes y allegados. Contemplan la conjugación e interacción de espacios individuales, grupales, familiares sociales, interinstitucionales y redes sociales.

²¹ Kameniecki Mario: *“Sobre las condiciones de posibilidad de tratamiento en las toxicomanías”* en el libro *“Consumos Problemáticos-Encuentros con presentación de casos clínicos”*; Pág. 13, Letra Viva; Ciudad de Buenos Aires, Enero 2009.

*“Es una estrategia posible para la asistencia de algunas patologías graves de la subjetivación que requieran de mayor contención y sostén. Esta modalidad brinda tratamiento individual, contención familiar y abordaje grupal, con actividades colectivas de talleres que promuevan el lazo social, propicien la convivencia, el contacto con el otro, los intercambios, y el reconocimiento; con alternativas vitales y creativas a través de diferentes estrategias que apunten a la asunción de responsabilidades y a una nueva inserción social tras el egreso.”*²²

Todo dispositivo debería tener como objetivo intentar producir un cambio en la posición del sujeto en su vínculo con las drogas, posibilitando la construcción de un por-venir a través de nuevas modalidades vinculares que den sostén al sujeto en la construcción de proyectos vitales, tanto educativos como laborales, reformulando aquello que es asumido como un destino inevitable y trágico escrito por un estigma.

No se debe calificar a los dispositivos de tratamiento como unos mejores que otros. La singularidad clínica establecerá, de acuerdo a la aproximación diagnóstica, cual sería el dispositivo más adecuado para ese momento subjetivo del paciente. Por eso es importante desarrollar enfoques interdisciplinarios en la Evaluación Psiquiátrica y Psicológica que favorezcan la construcción del “Diagnóstico Presuntivo”, paso indispensable hacia una aproximación de la estructura clínica del sujeto.

Se trata de establecer la existencia o no de indicadores de patologías psiquiátricas y/o la necesidad de prescripción de medicamentos con control farmacológico por parte de médicos psiquiatras según amerite la situación del paciente. A la vez, abordar la evaluación de las posibilidades de responsabilidad sobre sí mismo y sobre otros por parte del sujeto, indagando sobre las áreas de la afectividad, de lo intelectual y de las modalidades vinculares que establece con el contexto, de los mecanismos de defensa que utiliza ante conflictos angustiantes, el lugar y la función de la sustancia para el sujeto y la existencia o no de lazos sociales adecuados.

Quisiera destacar el dispositivo de Centro de Día. Sus características incluyen tanto la psicoterapia correspondiente de cada paciente como también el desarrollo de otras actividades, en un período de tiempo extendido a lo largo de la jornada o media jornada, que den a estos tratamientos soporte institucional, contención familiar y comunitaria, enfatizando el desarrollo y fortalecimiento de la trama social singular.

Sintetizando, se conjuga la psicoterapia, que toma en cuenta la singularidad del sujeto, del caso por caso, con una valoración del contexto del sujeto y sus variables sociales, que muchas veces resulta desfavorable y requiere el trabajo de promoción y fortalecimiento de la red social singular.

Destaco el Área de Neoinserción Social en el marco de las actividades del Centro de Día. *“Se trata de articular procesos de tratamiento de los sujetos antes del egreso y pos egreso que han producido un giro en su posición subjetiva y que continúan una psicoterapia individual al tiempo que realizan proyectos laborales, educativos, etc. Su objetivo es consolidar lo logrado a lo largo del tratamiento, afianzarse en su marco familiar y/o social de manera progresiva y vincularse a la vida productiva (...) Entendemos el concepto de neoinserción referido a un cambio de posición en sus relaciones sociales y no una mera adaptación a situaciones ya establecidas y alienantes. Muchos fracasos terapéuticos y recaídas en el consumo de drogas se deben a no considerar esta fase y no otorgarle su fundamental importancia.”*²³

22 Kameniecki Mario y otros: “Propuesta de creación de un Centro de Día para Asistencia de Usuarios y ex usuarios con uso problemático de sustancias psicoactivas, entre 18 y 21 años de edad, en situación de privación de libertad”- Documento de ARDA presentado ante el SPF. Buenos Aires, Argentina - Marzo 2009

23 Kameniecki Mario y otros: “Propuesta de creación de un Centro de Día para Asistencia de Usuarios y ex usuarios con uso problemático de sustancias psicoactivas, entre 18 y 21 años de edad, en situación de privación de libertad”- Documento de ARDA presentado ante el SPF. Buenos Aires, Argentina - Marzo 2009

El problema del consumo de sustancias psicoactivas atraviesa al conjunto de la población argentina pero impacta de forma particular en los grupos más vulnerables, atravesados por contextos de pobreza crítica, especialmente en púberes, adolescentes y jóvenes, donde en el marco de un policonsumo se ofertan drogas cada vez más baratas y más dañinas como el paco.

No sustancializar el problema implica afirmarse en el triángulo anteriormente mencionado: Drogas-Sujetos- Contextos. Las sustancias tienen su importancia y su eficacia. No podemos subestimarlas pero fundamentalmente se trata de poder ubicar la posición del sujeto en relación a su consumo, la funcionalidad del mismo para su economía psíquica, su vida cotidiana y su relación con sus contextos sociales y vinculares.

Se trata principalmente de cuan eficaces son las políticas públicas para el abordaje de la problemática del consumo de drogas y los criterios de equidad en su aplicación, abordando tanto lo referido a la dimensión sanitaria como a los dispositivos de inclusión social educativos, culturales, deportivos, laborales que faciliten el goce de los derechos concretos por parte de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes para la construcción de un sentido de vida singular conjuntamente con la construcción de un proyecto de vida educativo-laboral en mutua interacción con sus otros más cercanos y con su comunidad.

Recordando al Dr. Ramón Carrillo cuando nos decía que *frente a la pobreza los virus resultan pobres causas para explicar las enfermedades*, debemos pensar que cuando intervenimos en contextos de pobreza crítica, el paco y las drogas resultan pobres argumentos para explicar las adicciones y el deterioro de nuestros infantes, adolescentes y jóvenes.

Lic. Ricardo Paveto



Informe preliminar de los resultados analíticos de muestras incautadas en forma de polvo

En el Laboratorio CENATOXA perteneciente a la Cátedra de Toxicología y Química Legal de la Facultad de Farmacia y Bioquímica y con la colaboración de la Cátedra de Toxicología de la Facultad de Medicina, ambas de la Universidad de Buenos Aires, fueron analizadas un total de diecinueve (19) muestras pertenecientes a diferentes causas judiciales, todas provistas por el Juzgado Nacional en lo Criminal y Correccional Federal N° 12 a cargo del Juez Sergio Torres, Secretaría N° 24 a cargo del Dr. Diego Iglesias.

Se efectuaron las siguientes determinaciones analíticas:

Ensayos de solubilidad en agua, pH, iones cloruro y sulfato y cromatografía gaseosa- espectrometría de masas. Mediante esta última metodología se investigaron las sustancias activas como cocaína, sus subproductos, otros posibles alcaloides naturalmente presentes en la hoja de coca y adulterantes o sustancias de corte como lidocaína, cafeína, dipirona, entre otras.

Resultados generales:

Resultaron ser solubles en agua el 95% de muestras, siendo muy solubles el 36,8%, poco solubles el 57,9% e insoluble 1 muestra.

El pH de la solución acuosa fue igual a 7 (neutro) para el 85% de las muestras mientras que las restantes presentaron un pH levemente ácido (5-6).

No se halló el ión sulfato en ninguna de las muestras.

El 42% de las ellas arrojó un resultado positivo para el ión cloruro, indicando que se trataría de cocaína (clorhidrato de cocaína).

En las muestras restantes (58%) la cocaína se halló en forma libre la cual es utilizada para ser fumada por lo cual se estima corresponderían a lo habitualmente denominado "paco".

El 100 % de las muestras analizadas contenían cocaína.

Respecto a los resultados de la investigación de otros alcaloides se señala que el 10,5% de las muestras contenían metilecgonina, el 21,1 % norcocaína, el 73,7 % ciannamoilecgonina, y no se hallaron tropococaína, etilencocaína, y benzoilecgonina.

Respecto a otras sustancias halladas se detectaron cafeína en el 89,5% y lidocaína en el 10,5% de las muestras.

Conclusión:

Es posible estimar que el 42% de las muestras investigadas corresponden a clorhidrato de cocaína y el 58% probablemente se trate de lo denominado "paco".

De las muestras correspondientes al denominado "paco" se concluye que está caracterizado por su baja solubilidad en agua, ausencia de iones cloruro y sulfato, siendo en todos los casos cocaína base "estirado" en el 90% de las muestras con cafeína. Se hallaron también presentes además de cocaína base otros alcaloides presentes en la hoja de *Erythroxylum coca*.

Prof. Dr. Carlos Damin

Prof. Dra. Edda Villaamil

Anexo Documental I

Autoridades, Direcciones y datos de interés de los efectores indicados en el Diagrama para la atención y derivación sanitaria de personas consumidoras de sustancias psicoactivas

SAME: Servicio Atención médica de Emergencia Línea 107 - 24 HS. Todo el año.

Director: Dr. Alberto Crescenti

Guardia Permanente de Abogados del Consejo de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.

TEL: de Guardia: 155-662-9923 / 155-662-8894

Roque Sáenz Peña 547 Piso 6°

Tel. 4331-3232 / 3297 o Línea 102.

Htal. Gral. de Agudos Dr. Juan A. Fernández: Cerviño 3356

Tel.: 4808-2600

Teléfono Guardia: 4808-5555 / 2600 / 2650 / 2640

Teléfono de Toxicología: 4808-2655 y 4801-7767

Urgencias toxicológicas (Las 24 horas todos los días del año.

Responsable de la Unidad de Toxicología: Dr. Carlos Damin

Asistencia ambulatoria individual e interdisciplinaria en todas las edades.

Admisiones: de Lunes a Viernes de 8:00 a 17 horas.

Htal. Gral. De Niños Ricardo Gutiérrez: Sánchez de Bustamante 1330

Tel.: 4962-9247 / 9248 / 9280

Teléfono Guardia: 4962-9232

Urgencias toxicológicas: Las 24 horas todos los días del año.

Responsable: Dra. Elda Cargnel

Teléfono: 4962-2247/6666

Hospital General de Niños Pedro de Elizalde: Manuel A. Montes de Oca 40

Tel.: 4307-5842/ 5844

Teléfono Guardia: 4307-5442 / 4300-1700

Urgencias toxicológicas: Las 24 horas todos los días del año

Responsable: Dra. María Elisa Fernández

Teléfono: 4300-2115

Htal. Gral. De Agudos Dr. Parmenio Piñero: Varela 1301/07

Tel.: 4631-8100 / 0526

Teléfono Guardia: 4631-8601

Responsable: Lic. Liliana Vázquez

Htal. Gral. De Agudos Dr. José Penna: Pedro Chutro 3380

Tel.: 4912-1085

Teléfono Guardia: 4911-5555 / 3030 (int. 230/268)

Responsable: Dra. Mònica Nàpoli

Htal. Gral. De Agudos Donación Francisco Santojanni: Pilar 950

Tel.: 4630-5500 / 5509

Teléfono Guardia: 4630-5673 / 5606 / 5536

Responsable: Dra. Blanca Obljubek

Htal. Gral. De Agudos Carlos G. Durand: Av. Díaz Vélez 5044
Tel.: 4982-5555/4982-5655 Conmutador 4982-1050/4981-2670
Teléfono Guardia: 4982-1771 / 4982-5555 / 4981-2790
Responsable: Dra. Liliana Millas

Htal. Gral. De Agudos Dr. Teodoro Álvarez (Htal de día para adicciones)
Aranguren 2701
Responsables: Dr. Trimboli y Dra. Calero.
TEL: 4611-3642/6666

Cuerpo Médico Forense

Dirección: Lavalle 1429
TEL: 4370-4600
Horarios de atención: Lunes a Viernes de 7:30 a 13:30 hs.

SEDRONAR:

Sec. De Programación para la prevención de la drogadicción y la lucha contra el narcotráfico.
Sarmiento 546
TEL: 4320 1211y 0-800-222-1133
Director: Jorge Granero

CENARESO:

Centro Nacional de Reeducción Social
Combate de los Pozos 2133
Tel.: 4304-5985/ 4306-2881 Fax: 4305-0099
Director: Lic. Elba Baretto

Dirección General de Políticas Sociales en Adicciones:

Piedras 1281, PB
Tel. 4361-6543.
Responsable: Claudio Parrilla
Horario de atención: Lu a Vi de 9 a 18 hs.

Centro de Día Carlos Gardel de asistencia en adicciones:

San Luis 3237 TEL 4862-1268
Centro de día para pacientes adictos
Coordinador: Dr. Mario Kameniecki
Admisión: lunes, miércoles y viernes de 9 a 12 hs.
Horario de Atención: Lunes a Viernes de 9 a 14 hs.

Centro de Día de las Adicciones Dr. Enrique Biedak.

Av. Amancio Alcorta 1402
Tel. 4304-2002
Coordinador: Lic. Agra

Centro de Día La Otra Base de Encuentro. Asistencia a usuarios de drogas.

(Área Programática del Hospital Piñero).
Camilo Torres 2101y Somellera. Flores. CABA.
Dispositivos grupales y de intervención social con usuarios de drogas.
Coordinador: Lic. Beatriz Baldelli.

Otros datos de Interés:

Casa Puerto: Centro para la asistencia social en adicciones.

Curapaligüe 571

Tel.: 4633-8380/8453

Horario de atención: Lunes a Viernes de 9 a 17hs

Este dispositivo, también funciona como efector “de guardia” del centro de Coordinación de Políticas Sociales en Adicciones (Sábados, Domingos y feriados y de Lunes a Viernes, de 18 a 9hs.)

Línea 108: La línea para personas sin techo y en emergencia social.

Línea 103: La línea de atención de las emergencias de la Ciudad: Urgencias que impliquen riesgos para la vida de una persona o de terceros en el espacio público.

Anexo Documental II

Contexto Jurídico y Citas Jurisprudenciales

Decreto 1551/06 CABA: Incorpora profesionales a la dotación diaria de las Áreas de Urgencia de los Hospitales Generales de Agudos, de Niños y de Salud Mental. Crea Equipos Móviles de Apoyo de Emergencias en Adicciones.-

Ley N° 448 CABA de Salud Mental reglamentada por el Decreto N° 635/04.

Ley N° 2318/07 CABA Prevención y asistencia del consumo de sustancias psicoactivas y de otras prácticas de riesgo adictivo. (SIN REGAMENTAR)

Decreto Interministerial N° 1.681/07 CABA Se crea el Programa Interministerial de Proyectos Especiales “Atención Integral sobre el Consumo y Dependencia de la Pasta Base de Cocaína (P.B.C.)” (SIN REGLAMENTAR)

Ley N° 114 CABA Protección integral de los derechos de niñas, niños y adolescentes.

Ley Nacional 26.061/05 De Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes

Decreto - Ley N° 22.914/83. “Régimen Legal de la Internación en Establecimientos Asistenciales”. 15 de septiembre de 1983 (Nota: pertenece al aparato legal conformado en la última Dictadura Militar 1976-1983. Sin reformas ni revisión alguna desde entonces.

Resolución 1121/86. Establecimientos de Salud Mental y Atención Psiquiátrica (Requisitos para su Habilitación y Funcionamiento). Resolución del Ministerio de Salud y Asistencia Social. 12 de Noviembre de 1986.

Ley N° 24.660/96. “Ley de ejecución de la Pena Privativa de Libertad”. 19 de junio de 1996. (Capítulos referidos a temas de salud mental: Cap. IX: Asistencia Médica. Cap. XV: Establecimientos de ejecución de la Pena. Anexo 1: Reglamentación del Cap. XI “Relaciones Familiares y Sociales”).

Ley N° 25.421/01. Programa de Asistencia Primaria de Salud Mental. 4 de abril de 2001. (Sin reglamentar).

Resolución 245/98. Plan Nacional de Salud Mental. Resolución del Ministerio de Salud y Acción Social. 20 de abril de 1998.

Ley N° 136/03 El Código para el sistema de protección y los derechos fundamentales de los niños, niña y adolescentes.

Ley N° 2.957/09 CABA: Plan marco de políticas de derechos y diversidad sexual.

Ley Nacional 24.455/95 Establece la obligatoriedad por parte de las Prestadoras de salud de cubrir los tratamientos por adicciones.

Ley 26.150: Programa Nacional de Educación Sexual Integral.

Ley N° 2110 CABA: Ley de Educación Sexual Integral.

Proyecto de Ley N° 2918-D-2008: Diversidad sexual, igualdad de trato y oportunidades: Fomento de una cultura no discriminatoria, igualdad social, acceso al empleo y permanencia en el mercado laboral, educación inclusiva, respeto a la diversidad sexual en la salud. Congreso Nacional.

Proyecto de Ley N° 517 –D-08: Programa Nacional de Asistencia Pública en Adicciones.

Ley N° 23798: Ley Nacional de SIDA Argentina.

PROYECTO DE LEY CABA Exp: 2780-D-2009: “Programa de Inclusión Laboral para Jóvenes en situación de Vulnerabilidad Social”

- Art. 482 C.C: “El demente no será privado de su libertad personal sino en los casos en que sea de temer que, usando de ella se dañe a sí mismo o dañe a otros. No podrá tampoco ser trasladado a una casa de dementes sin autorización judicial”.

“Las autoridades policiales podrán disponer la internación, dando inmediata cuenta al juez, de las personas que por padecer enfermedades mentales, o ser alcohólicos crónicos o toxicómanos (negrita nuestra) pudieren dañar su salud o la de terceros o afectaren la tranquilidad pública. Dicha internación sólo podrá ordenarse, previo dictamen del médico oficial”.

“A pedido de las personas enumeradas en el Art. 144 el juez podrá previa información sumaria, disponer la internación de quienes se encuentren afectados de enfermedades mentales aunque no justifiquen la declaración de demencia, alcoholistas crónicos y toxicómanos, que requieran asistencia en establecimientos adecuados, debiendo designar un defensor especial para asegurar que la internación no se prolongue más allá de lo indispensable y aun evitarla si pueden prestarle debida asistencia las personas obligadas a la prestación de alimentos”.

Jurisprudencia:

- **CSJN. “R.M.J s/ Insania”** “...En todos los casos la internación debe considerarse excepcional...”
Es que si bien la razón de la norma es proteger a las personas con padecimientos mentales o con uso problemático de sustancias, dicha medida implica una clara injerencia estatal en la libertad y autonomía de aquellas.

- **La CSJN** Sucesivamente ha determinado que toda internación involuntaria en los distintos supuestos en que un juez puede disponer un encierro forzoso debe, a la luz de la normativa vigente, sustentarse exclusivamente en el padecimiento de una enfermedad mental susceptible de internación, en tanto en un contexto terapéutico, represente la posibilidad de que se concreten actos dañosos graves, inmediatos o inminentes, para esa persona o para terceros o bien que la terapéutica requiera ineludiblemente el aislamiento del paciente.

- **Con relación a la capacidad de las personas:** Nuestro país adhirió a la Convención sobre los Derechos de la Persona con Discapacidad y su Protocolo Facultativo. Ha quedado incorporado a nuestro derecho interno el llamado “modelo social”, que entiende que las discapacidades son producto del encuentro entre personas que padecen una deficiencia y de diversas barreras sociales que limitan su capacidad para participar, en condiciones de igualdad en la sociedad. (El 21/05/08: El Poder Legislativo Nacional aprobó la Convención y su Protocolo Facultativo). No obstante ello, el sistema judicial vigente está basado en un modelo tutelar de incapacitación que sustituye a las personas con discapacidad mental en la toma de decisiones, el modelo social recogido por la Convención, adopta un sistema de “toma de decisiones con apoyo”. “Así, en lugar de privar al individuo de su capacidad legal e instalar a un tutor o curador para que cuide sus intereses, reforzando su pasividad, deben crearse condiciones que ayuden a que la persona pueda obrar con impulsos propios. Uno de los principios que guían esta metodología supone asumir la dignidad del riesgo y del derecho a transitar por el mundo con todos sus peligros y posibilidades. En última instancia, la adopción de este paradigma demandará reformas legislativas que avancen en la eliminación del instituto de la interdicción y que la reemplacen por un sistema que garantice el ejercicio de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad con los apoyos que requieran en cada situación”

- **Fallo de 1º Instancia de la Juez Andrea Danas CAYTCABA** en la causa: “ASESORÍA TUTELAR JUSTICIA CONTENCIOSO ADMINISTRATIVA Y TRIBUTARIA CONTRA GCBA SOBRE AMPARO (ART. 14 CCABA)”, EXPTE: EXP 23262/0. Del 25/09/08 Por lo expuesto FALLO: 1. Hacer lugar a acción de amparo incoada. 2. Ordenar al Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires a que en el plazo de noventa (90) días proceda a garantizar el derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes de la Ciudad de Buenos Aires que consumen la pasta base de cocaína (P.B.C. o “paco”). En consecuencia, deberá realizar todas las acciones positivas y proceder al dictado de las normas necesarias para el establecimiento de lugares destinados tanto a la prevención como al tratamiento de este flagelo, ya sea ambulatorio como de internación, y en este último caso, voluntaria o coactiva que pudiere serle requerida por los representantes legales o las autoridades públicas pertinentes. Deberá asimismo establecer un rápido sistema de evaluación y admisión del afectado, dando así concreto y efectivo cumplimiento a las normas constitucionales, legales y reglamentarias señaladas, en especial al Decreto 1681/07. 3. Hasta tanto ello suceda, y sin perjuicio de lo expuesto en el punto precedente, deberá garantizar lo allí ordenado en los casos particulares en que le sea requerido por la vía y forma que corresponda. 4. Costas en el orden causado, en atención a la intervención del Sr. Asesor Tutelar y al modo en que se resuelve (Art. 14 CCABA y 62 CCAyT). 5. Regístrese, notifíquese a la parte actora en su público despacho y a la demandada mediante cédula por Secretaría. Oportunamente archívese. Confirmado por el Tribunal de Alzada, Sala II. Del 17/02/09 el Tribunal RESUELVE: Rechazar el recurso articulado por la demandada. http://www.adaciudad.org.ar/pdfs/fallos/CAYT/sala_2/Asesoria_Tutelar.pdf

- **Fallo del Tribunal Superior de Justicia: Expte. N° 6544/09 “GCBA s/ queja por recurso de inconstitucionalidad denegado en: ‘Asesoría Tutelar Justicia Contencioso Administrativo y Tributario c/ GCBA s/ amparo (art. 14 CCABA)** Buenos Aires, 4 de noviembre de 2009 Vistas: las actuaciones indicadas en el epígrafe, resulta:1. El Asesor Tutelar a cargo de la Asesoría Tutelar n° 1 ante la Justicia en lo Contencioso Administrativo y Tributario de la Ciudad inició una acción de amparo contra el GCBA, en los términos del art. 14 CCABA, con el objeto de que cese en su omisión en asistir adecuadamente a aquellas personas menores de edad con adicción a las drogas, especialmente con relación al consumo de pasta base de cocaína (paco), que requieren internación voluntaria o coactiva (fs. 1/16).2. Tramitado el proceso, la jueza de primera instancia resolvió hacer lugar a acción de amparo interpuesta. (fs. 30/41). 3. El GCBA apeló la sentencia (fs. 42/51 vuelta). La Sala II de la Cámara en lo Contencioso Administrativo y Tributario decidió rechazar el recurso articulado por la demandada (fs. 52/56). 4. EL GCBA interpuso recurso de inconstitucionalidad contra dicha sentencia (fs. 57/65 vuelta) que fue contestado por la actora (fs. 100/109) y denegado por la Cámara, por considerar que no se había logrado exponer adecuadamente un caso constitucional (fs. 66/67).5. El GCBA cuestionó la denegatoria del recurso de inconstitucionalidad mediante la pertinente queja (fs. 69/77 vuelta).6. El Fiscal General Adjunto, en su dictamen, propició rechazar la queja (fs. 118/120 vuelta).7. Con posterioridad al llamado de los autos al acuerdo, el Procurador General del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Dr. Pablo Gabriel Tonelli, desistió del recurso de queja (fs. 122). Fundamentos: **Los jueces José Osvaldo Casás, Ana María Conde y Luis Francisco Lozano dijeron:** En atención a lo expresamente manifestado por el Procurador General del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a fs. 122 corresponde, en virtud de las facultades que a dicho funcionario le confieren tanto la CCABA (art. 134), como la ley n° 1218 (art. 1º, primer párrafo), tener al GCBA por desistido del recurso de queja que oportunamente interpusiera contra la sentencia de la Sala II de la Cámara Contencioso Administrativo y Tributario de fs. 66/67. Por ello, **el Tribunal Superior de Justicia resuelve: 1. Tener** por desistido el recurso de queja planteado por el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. **2. Mandar** que se registre, se notifique y, oportunamente, se remita este expediente, mediante oficio, a la Sala de la Cámara que tomó intervención en el juicio, para que sea agregado a los autos principales. La jueza Alicia E. C. Ruiz no vota por estar en uso de licencia.

- **Fallo de la CSJ 25/08/09: Recurso de Hecho Arriola Sebastián y otros Causa N°: 9080.** Por ello, y oído el señor Procurador General con arreglo a lo expresado en el dictamen de la

causa V.515.XLII “Villacampa” —que antecede—, se resuelve: I) Hacer lugar a la queja, declarar procedente el recurso extraordinario, declarar la inconstitucionalidad del artículo 14, segundo párrafo, de la ley 23.737, con el alcance que surge de los considerandos precedentes, y dejar sin efecto la sentencia apelada en lo que fue motivo de agravio. II) Exhortar a todos los poderes públicos a asegurar una política de Estado contra el tráfico ilícito de estupefacientes y a adoptar medidas de salud preventivas, con información y educación disuasiva del consumo, enfocada sobre todo en los grupos más vulnerables, especialmente los menores, a fin de dar adecuado cumplimiento con los tratados internacionales de derechos humanos suscriptos por el país. Vuelvan los autos al tribunal de origen a fin de que, por quien corresponda, se dicte un nuevo pronunciamiento con arreglo al presente. Agréguese la queja a los autos principales. Hágase saber y devuélvase.

Síntesis Curricular de los Miembros de la Comisión de Expertos

Dr. Carlos Damin:

- Médico Especialista en Toxicología (UBA) Salud Pública y Medicina del Trabajo.
- Doctor de la Universidad de Buenos Aires.
- Profesor Titular de la 1era. Cátedra de Toxicología. Facultad de Medicina UBA.
- Director de la Carrera de Médicos Especialistas en Toxicología. Facultad de Medicina, UBA.
- Jefe del Servicio de Toxicología del Hospital "Juan A. Fernández" - GCBA
- Miembro del Comité Científico Asesor en materia de Control del Tráfico Ilícito de Estupefacientes, Sustancias Psicotrópicas y Criminalidad Compleja.
- Autor de varias publicaciones vinculadas a su especialidad.

Lic. Juan Carlos Domínguez:

- Psicólogo especializado en psicopatología y salud mental.
- Psicólogo forense.
- Criminología y Derechos Humanos.
- Control Social Institucional y Modelos de Abordaje Comunitario en Prevención del Delito. Policía, Sistema Penitenciario, Niños y Adolescentes infractores, Libertad Asistida y Vigilada, Patronato de Liberados.
- Desarrollo Comunitario Sustentable en Comunidades Vulnerables (Villas, inquilinatos, barrios carenciados, etc.)
- Seguridad Humana de los Habitantes.
- Autor de varias publicaciones vinculadas a su especialidad.-

Dr. Alejandro Todaro Kicyla:

- Médico
- Finalizo la maestría en Salud Pública en la UBA (tesis pendiente).
- Docente del departamento de salud pública de la FAC. De medicina de la UBA
- Se desempeñó en la Facultad de medicina de la UBA como Secretario de extensión universitaria.
- participa en el diseño y ejecución de proyectos de investigación acción en la comunidad y como docente a cargo de una experiencia curricular novedosa en la materia salud pública en la carrera de medicina.
- Fue presidente del Centro de estudiantes de ciencias médicas y consejero directivo estudiantil desde donde impulso el desarrollo y la institucionalización del voluntariado como practica solidaria de importancia académica y la defensa de la educación y la salud pública.-

Dra. Susana Cernadas:

- Médica especialista en psiquiatría y psicoanalista.
- Perito Médica-Psiquiatra
- Coordinadora de grupos de supervisión, sobre práctica clínica.
- Miembro de la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción Argentina.
- Docente: La función del supervisor frente a la problemática de las adicciones
- Autora de: "Adicciones en general, tabaquismo y alcoholismo", entre otras publicaciones propias.

Lic. Carlos Calbiño:

- Lic. En Trabajo Social, integrante de equipo interdisciplinario de la Defensoría Zonal de Nueva Pompeya. Consejo de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.
- Miembro del Equipo de Okupa Kalle de la Fundación Servicio Paz y Justicia (SERPAJ), organismo dedicado a la promoción y defensa de los derechos humanos, presidido por el Premio Nobel de la Paz (1980) Adolfo Pérez Esquivel, con status consultivo en Naciones Unidas (ECOSOC) y status permanente en UNESCO.
- Miembro del Capitulo Argentino de la Plataforma Interamericana de Derechos Humanos, Desarrollo y Democracia PIDHDD. Relatoría de Niñas, Niños y Adolescentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires
- Supervisor de campo de la Carrera de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires
- Colaborador Docente de la "Practica profesional: Salud Mental y Desinstitucionalización". Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.
- Tutor Temático del área de Trabajo Final de Investigación y Sistematización. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires.
- Supervisor de campo de la Carrera de Trabajo Social de la Universidad Nacional de Lanus.

Dr. Carlos Morasso:

- Médico Neurólogo
- Miembro titular de la Sociedad Neurológica Argentina.
- Miembro de la American Academy of Neurology.
- Docente Asociado de Neurología- UBA.
- Unidad Docente Hospitalaria; hospital "Vélez Sarsfield": Coordinador Grupo Trabajo de Neurología.

Lic. Ricardo Daniel Paveto:

Licenciado en Psicología (UBA)

- Socio fundador y actual Secretario de la Asociación de Reducción de Daños de la Argentina (ARDA)
- Director de diversos proyectos de "Programas de Prevención del VIH-Sida y Reducción de daños entre Usuarios de Drogas (UD) en situación de pobreza crítica de la Ciudad de Buenos"
- Co-Director de la Campaña "La Pasta Base arranca corazones" proyecto conjunto ARDA-FM "Bajo Flores" dirigidos a adolescentes y jóvenes UD, ex-usuarios y familiares de UD de Pasta Base en la Villa 1.11.14 y Bajo Flores. 2006/2008
- Director del Seminario "Drogas y Políticas Públicas con enfoque de Derechos: Prevención, Asistencia y Reducción de Daños"- Secretaría de Extensión - Universidad Popular de Madres de Plaza de Mayo
- Integrante ad-honorem del Equipo de Adolescencia de Consultorios Externos de Psicopatología y Salud Mental del Hospital Parmenio Piñero Periodo 2003-2008.

Lic. Gustavo Eduardo Zbuczynski:

- Licenciado en Psicología UBA
- Psicoanalista. Especialización en adicciones.
- Asesor de la comisión de Salud de la Legislatura CABA (2000 – 2003).
- Dirección de Salud Mental del GCABA Miembro del equipo de Adicciones. (2001 – 2002).
- Ctro. Carlos Gardel. GCBA: Prevención, docencia, investigación y asistencia en adicciones (2002 a la fecha).
- Asociación de reducción de daños de Argentina (A.R.D.A). Integrante del equipo profesional.
- Miembro de la mesa Directiva. Coordinador del trabajo territorial en Villa 21/24 y N.H.T. Zabaleta. (2005-08).

- Coordinador de actividades de prevención en espectáculos nocturnos.
- Docente en: 1er. Curso de actualización en prevención, asistencia e investigación en drogodependencias. Secretaría de Salud Dirección de Salud Mental, Red metropolitana de servicios en adicciones. GCBA. (1996/97).- Curso Anual del Centro C. Gardel. - Curso Anual del Htal. R. Mejía. - Curso de Extensión “Drogas y Políticas Públicas con enfoque de Derechos”. Universidad Popular Madres de Plaza de Mayo.
 - Director del curso: “Diseño y coordinación de actividades de prevención en el uso de drogas”.
 - Autor de: Algunas consideraciones sobre la relación del concepto de abstinencia y el trabajo clínico con pacientes con problemas por consumo de tóxicos. En “Clínica institucional en toxicomanías”. Coautor de: Consumos problemáticos. Un trabajo en curso.

Informe de la consultora académica Ad Hoc Prof. María Elena Naddeo

Tratamientos convivenciales e identidad de género

Las personas de cualquier edad que por razones relacionadas con la salud mental y/o el tratamiento de adicciones deban permanecer en centros asistenciales, hogares terapéuticos y convivenciales de distinta índole, o bien concurrir a centros de día, tienen el pleno derecho a ser respetadas en lo que hace a su identidad de género y orientación sexual.

Esta garantía, implícita en la Constitución Nacional en lo que hace al derecho a no ser discriminado, y específico en la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, artículo 11, así como en la Ley Nacional N° 26061 y en la Ley 114 de la Ciudad, es particularmente vulnerable en los casos que mencionamos, particularmente en lo que hace a los transexuales.

Aduciendo razones de índole práctica se violenta a las personas con identidades de transgénero en las instituciones convivenciales, obligándolas a compartir habitaciones, vestirse, ser nombrados, de acuerdo a su sexo biológico y no de aquel cuya identidad asumen.

Este hecho, que produce insatisfacción, frustración y en muchos casos humillaciones y vejámenes, no sólo está contraviniendo el derecho a la identidad de género y a la intimidad, sino que en situaciones en que se está trabajando con la salud mental de las personas, lejos de ayudar a su recuperación, refuerza las problemáticas y dificulta la posibilidad de asumirse como un sujeto pleno y responsable. Todos los trabajos que se han realizado con transexuales dan cuenta del monto de infelicidad e irritación que la discriminación que en la mayoría de los casos arrastran desde la infancia les produce, y cómo obstruye sus posibilidades de inserción laboral y social.

En relación a los adolescentes, el hecho de que sus personalidades no están plenamente desarrolladas de modo alguno debe entenderse como una posibilidad de violentar sus elecciones en este terreno, por el contrario, es indispensable un acompañamiento atento, tolerante y respetuoso, haciendo posible su madurez y libertad de elección.

Por otra parte, en lo que hace al conjunto de la comunidad con que se está trabajando, refuerza los estereotipos discriminatorios, las actitudes intolerantes y la dificultad de aceptar al otro en su diversidad.

No dejamos de advertir que los profesionales a cargo de estas instituciones deben tener en cuenta estas situaciones para proponer soluciones prácticas que no violenten a ninguno de sus miembros: aceptar que vistan y sean nombrados/as de acuerdo a la preferencia personal sólo implica una actitud respetuosa y de escucha atenta. Pueden ser necesarios otros aspectos en lo que hace a la convivencia, ya sea alojarlos con las personas del sexo con el que se identifican o bien disponer habitaciones específicas –entendemos que en la actualidad en ningún caso se aconsejan dormitorios muy numerosos.

Por otro lado, es absolutamente necesario que tanto los centros de día como las comunidades convivenciales de distinto tipo brinden talleres de educación sexual y perspectiva de género, profundizando en estos temas tanto como sea posible, y en este caso nos referimos al conjunto de la población atendida.

Esta temática es indispensable por diversas razones: en primer lugar hace al ejercicio pleno, saludable y responsable del sexo, vinculándolo con el derecho y el respeto al otro, y previniendo los embarazos no deseados, y de las enfermedades de transmisión sexual, para lo cual es necesario incluir el conocimiento de las medidas de anticoncepción, la utilización de los programas nacionales y regionales de salud reproductiva, la entrega de preservativos, etc.

Por otro lado, la inclusión de la perspectiva de género en los talleres y discusiones que se lleven a cabo tiende a promover la igualdad de derechos entre varones y mujeres, alertar acerca de la vigencia de estereotipos discriminatorios en los diversos ámbitos sociales y en los medios de comunicación, así como la prevención de las distintas formas de violencia de género, que hoy reviste mucha gravedad, e introduce conceptos que permiten comprender más adecuadamente el derecho a la identidad de género y el respeto a la orientación sexual individual.

Por último, el conocimiento y cuidado con respecto a las enfermedades de transmisión sexual es también necesario y deseable.

La ausencia de estos programas en los centros terapéuticos que tratan adicciones y problemáticas afines es sorprendente puesto que la sexualidad es un componente central en la construcción y desarrollo de la personalidad y se entiende que el propósito de estas instituciones es contribuir a la salud integral de las personas.

Creemos que la inclusión de estos aspectos introduce miradas más contemporáneas y abarcadoras a una tarea profesional que exige alta calificación y dedicación.

Prof. María Elena Naddeo.

Adolescentes y jóvenes privados de libertad

Los y las adolescentes menores de 18 años internados en Institutos por causas penales, deben contar conforme a derecho, con las garantías necesarias a fin de acceder a la atención integral de su salud, y al desarrollo de aquellas acciones que posibiliten su rehabilitación y adecuada inserción social.

Por ello, en el caso de adolescentes con padecimientos derivados del consumo de sustancias psicoactivas, las instituciones y organismos competentes deben inexcusablemente, proporcionarles el acceso igualitario e indiscriminado a los tratamientos de salud correspondientes, tanto para los periodos de emergencia y/o desintoxicación, como para aquellos que impliquen una atención terapéutica posterior y sostenida.

Asimismo, en el contexto de una debida atención sanitaria, deberá garantizarse a los y a las adolescentes el derecho a su identidad, incluyendo en esta definición su orientación sexual y de género. En particular, consideramos que podrán organizarse espacios físicos en las instituciones penales que permitan el alojamiento de las personas “trans” o “travestis”, posibilitando su identificación con la orientación sexual elegida, en el marco de las normas generales de convivencia.

Cabe destacar que resulta imperioso incluir en todas las instituciones de encierro, planes y programas de capacitación que permitan a los jóvenes y adolescentes, completar la escolaridad primaria y/o secundaria, contemplando siempre la educación y formación sexual, en el marco de la legislación nacional existente - ley nacional N° 26.150 y ley local N° 2110, previendo también el suministro de preservativos y otros insumos destinados a la prevención de las enfermedades de transmisión sexual.

Por último, con el objetivo de ejercer en forma plena e irrestricta el derecho a la salud, que es definitiva el derecho a la vida misma, proponemos que se observen y/o adecúen los reglamentos internos de las instituciones penales para adolescentes y jóvenes, a fin de incluir el derecho a la identidad de género, la educación para la salud, incluyendo la educación sexual y otros temas de particular interés para los y las jóvenes privados de libertad.

“Así es entonces, que podemos abordar la problemática de los Derechos Humanos de las personas que “viven “ o sobreviven en nuestras sociedades o al margen de ellas. Lo cual evidencia la necesidad de un tratamiento de sus derechos basado más en la diversidad que en la igualdad.” Iñaki Rivera Beiras 21.

Prof. María Elena Naddeo ²⁴.

24 Ma. Elena Naddeo: Profesora de Historia egresada de la FFyL – UBA. Postgrado Interdisciplinario de Estudios de Género en la Facultad de Psicología.

- Fue Secretaria Gral. de la Asociación de Docentes de Enseñanza Media y Superior – ADEMYS. Concejala del Frente Grande 1993/97 y Legisladora del FREPASO 1997/2000.

- Como legisladora impulsó la aprobación de la Ley 114 de protección integral de la infancia y la ley 474 de igualdad de oportunidades y de trato entre varones y mujeres entre otras iniciativas.

- Fue Presidenta del Consejo de los Derechos de niñas, niños y adolescentes de la CABA desde su creación en el año 2000 hasta diciembre del 2007.

- Integra el Consejo de Presidencia de la APDH (Asamblea permanente de derechos humanos), Coordina el Instituto Latinoamericano de Estudios Políticos y Sociales (Ilepos) y es miembro del Foro en defensa de la educación.

- Actualmente es legisladora y preside la Comisión de Seguimiento de la Ley de Salud Mental de la Legislatura de la Ciudad.

21 “Tratamiento penitenciario y derechos fundamentales”. Coordinador: Iñaki Rivera Beiras. Ed Bosch. Barcelona 1995.