



TEMA

ACTIVIDAD FÍSICA EN PERSONAS ADICTAS EN PLAN DE ATENCIÓN Y REDUCCIÓN DE DAÑOS.

LICENCIATURA EN KINESIOLOGIA Y FISIATRIA

AUTORES

Crippa, Guillermina

TUTORA

Lic. Bisio, María Fernanda

ASESOR METODOLOGICO

Cappelletti, Andrés.

Camusso, Hernan.

Cueto, Sergio.

2004

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar a mi familia ya que sin su apoyo incondicional, no hubiese podido haber llegado hasta aquí.

A todos los integrantes del equipo de reducción de daños del centro de salud Gral. San Martín, en especial a Miguel Lottero, por haber confiado en nosotras desde el comienzo.

Por la paciencia que nos tuvieron al darle forma a la tesis, mil gracias Sergio Cueto y Hernán Camusso.

Dolores Araya (Ioli), Soledad Villafañe y Laura Coletto por haberme acompañado en las distintas etapas de este proyecto.

A mi tutora, Fernanda Bisio, no me alcanzan las palabras para poder explicar todo lo que hiciste estos últimos años por nosotras. Gracias por dejarme crecer a tu lado tanto profesionalmente, como humanamente; por invitarnos al centro y darnos la posibilidad de conocer otras realidades, por aceptar este desafío, por prestarnos tus espacios, por compartir tus conocimientos, tus experiencias, tus ideas y hacernos formar parte de ellas, por trabajar de igual a igual. **Mil gracias.**

Guillermina Crippa

RESUMEN

El problema básico que se nos planteó fue la incidencia de la actividad física en drogadependientes. Para ello fue preciso, primero, estudiar los efectos que el consumo de drogas tiene en las cualidades físicas en jóvenes adictos en situación de exclusión social, y segundo, intervenir activamente en el tratamiento de los mismos. Fue así que, en el marco del programa de Reducción de Daños en el centro de salud General San Martín (zona oeste), se buscó la posibilidad de incorporarnos al mismo a través de un espacio dedicado al cuerpo ya que, hasta el momento, solo se abarcaba desde un aspecto psicológico, con el fin de lograr una recuperación integral.

El trabajo de campo fue de carácter cualitativo. Se evaluaron 15 (quince) pacientes. Las intervenciones específicas fueron: sensopercepción, flexibilidad, postura, esquema corporal, en encuentros semanales de 1 (una) hora durante 12 (doce) meses. Los resultados relevados fueron a nivel puramente kinésico: una mejora postural, de la flexibilidad y del esquema corporal y con respecto a la recuperación integral del paciente trae aparejado un reconocimiento de la actividad como placentera por parte de los pacientes, mayores niveles de responsabilidad y contención.

A luz de los beneficios tanto físicos como sociales que pudimos relevar de los resultados, determinamos la conveniencia de la incorporación de la actividad física como una estrategia más del plan general.

PALABRAS CLAVES

- Reducción de Daños
- Droga
- Exclusión social
- Actividad Física Colectiva

INDICE

Resumen	2
Palabras claves	3
Introducción	6
Problemática	9
Fundamentación	10
Cuestión social	10
Drogas	26
Tipos de drogas	29
Efectos	34
Reducción de daños	38
Intercambio de jeringas	41
Obstáculos	46
Actividad física	58
Efectos	58
Cualidades físicas	61
Técnicas corporales	62
Postura	63
Objetivos	65
Métodos y Procedimientos	66
Tipos de estudio	66
Área de estudio	66
Población objetivo	66
Sujeto	67
Procedimientos y tratamientos	67

Instrumentos de recolección de datos	67
Desarrollo	68
Resultados	79
Conclusión	82
Referencias bibliográficas	83
Anexos	90

INTRODUCCIÓN

Interés personal-profesional:

En el marco de la realización de las prácticas kinésicas supervisadas (voluntarias) de la cátedra de Clínica Medica Kinefisiatrica que se llevan a cabo en el centro de salud “Gral. San Martín” (red de salud pública municipal); fuimos invitadas a formar parte del equipo interdisciplinario que trabaja con personas drogadependiente incluidas en plan de reducción de daños (...”una forma de sincerarnos en nuestros quehacer, y poder transformar en acción la posibilidad de lograr que alguien disminuya progresivamente el uso inadecuado de drogas”...).¹

El desafío fue aceptado desde la cátedra, aún sin tener experiencias previas.

Empezamos con muchos miedos, prejuicios a lo desconocido.

Nos llevo mucho tiempo, entender sus códigos, es más, estamos seguras que después de haber compartido un año juntos hay cosas que no vamos a llevar a comprender nunca.

No fue nada fácil entender para que sirve, que es y como se lleva a cabo la reducción de daños.

Fue muy enriquecedor el compartir espacios interdisciplinarios, con sus fortalezas y debilidades.

Al consultar la bibliografía referida al “hacer kinésico”, constatamos que las experiencias de intervención al respecto, no son altamente significativas. La actividad física está considerada solamente como recreación o trabajo lúdico. Por ejemplo en Israel hay un programa de tratamiento y rehabilitación llamado “Volver a Vivir”, que dura 10 (diez) meses pero con los pacientes internados, no sólo es para personas drogadependientes sino también para adictos al juego y con trastornos alimenticios.²

¹ Cd Rom PMSida3

² Programas de tto y rehabilitación. El proyecto de una Comunidad Terapéutica Agrícola de alta Tecnología en Israel. www.retorno.org

Asimismo en España (Valencia) se desarrolla un trabajo llamado “Actividad Física, Deporte e Inserción Social de jóvenes en barrios desfavorecidos”³, que es llevado a cabo por trabajadores sociales, con pacientes ambulatorios y drogadependientes exclusivamente. Es prácticamente todo. Nos pareció completamente ausente la integración sistemática de la actividad física guiada en la recuperación no sólo sanitaria sino asimismo psíquica y social de los pacientes.

La planificación de nuestras actividades se basó, como ya dijimos, en el trabajo específico de flexibilidad y esquema corporal, práctica que consideramos primaria para el objetivo perseguido.

Interés Institucional:

Al aceptar este desafío lo hicimos sabiendo que acordábamos plenamente con el paradigma hombre-salud-enfermedad-equidad, con que se trabaja en los centros de salud municipales. En ellos los trabajadores de salud promueven estrategias para la prevención y promoción de la salud desde un punto de vista integral. Los mismos son un escenario de la vida cotidiana donde se desarrolla un vínculo entre el equipo terapéutico y la comunidad cuyo resultado es el mantenimiento de un trabajo clínico e interdisciplinario que trate los problemas de salud desde un punto de vista holístico, sin fraccionar al sujeto.

Cada centro tiene un perfil propio, que surge de las necesidades, problemáticas y particularidades de la gente del barrio y zona de influencia.⁴

Hoy que ya concluimos, podemos afirmar que no existe un interés de parte de la municipalidad o mejor dicho hay cosas más importantes en las cuales distribuir el presupuesto. Con esto queremos decir que mientras, gratuitamente lo hicimos, los

³ Este artículo es fruto de la investigación “Inserción juvenil y actividad física: una forma de intervención social en el contexto de los barrios de la periferia urbana”, subvencionada por el Programa de Investigación científica y Desarrollo tecnológico de la Generalitat Valenciana (GV99-92-1-07).

⁴ Atención Primaria de Salud; Municipalidad de Rosario.

directivos y los profesionales del centro nos apoyaron y se interesaron pero esto hace muy difícil la permanencia en el tiempo del espacio.

Interés Social:

La drogadicción es una problemática instaurada en la sociedad, la cual va aparejada de un aumento progresivo de la cantidad de personas que consumen, con la violencia, delincuencia y mucha inseguridad. Esta es una situación que nos afecta a **todos**, por un lado ellos se sienten marginados socialmente y el resto de la sociedad les teme, los discrimina, los juzga.

En cambio la recuperación de los adictos es un tema que solo le interesa al adicto y su entorno más cercano (familiares), con esto quiero dejar mostrado que no es un asunto que se este apurado por solucionar.

Por lo tanto la incorporación de la Kinesiología al Plan de Reducción de Daños para la sociedad es hasta desconocido.

PROBLEMÁTICA

Las actividades que deben realizar las personas drogadependientes que deciden voluntariamente integrar el Plan de Reducción de Daños consideramos no debe responder a un esquema de trabajo de compartimentos estancos. El tratamiento profesional del paciente debe realizarse desde una óptica interdisciplinaria. Las actividades que actualmente se realizan como las consultas en clínica médica, psicológica y sustitutiva de drogas, resultan indispensables, pero no excluyentes. Es en este sentido que creemos importante aportar otras como la “actividad física”. El interrogante fundamental es el siguiente: ¿Es beneficiosa la incorporación, al Plan de Reducción de daños, la actividad física grupal? Y en segundo lugar, en caso de que la respuesta sea afirmativa: ¿Es factible dicha incorporación? Abre debate para posteriores investigaciones.

FUNDAMENTACION

Cuestión social:

La mirada antropológica puede explicar, el de la drogadependencia como un fenómeno contemporáneo. Recién a fines del siglo XIX y con mayor claridad en el siglo XX, el uso de sustancias se convierte en problema social y se conoce el uso compulsivo de drogas (cuando hablamos de consumo compulsivo nos referimos al consumo de un individuo que organiza su vida alrededor del mismo).

Observamos en un rápido recorrido histórico que las drogas han acompañado al hombre a lo largo de toda su evolución. La búsqueda de nuevas experiencias sensitivas y la alteración de la conciencia se observa en registros arqueológicos antiquísimos ⁵. Sin embargo, hasta la época contemporánea, no aparecieron como problema para las diferentes culturas.

Es en el siglo XIX cuando el consumo de drogas va a plantear un problema social para las sociedades occidentales. El consumo manifiesta para muchos el peligro de lo que ya no está regulado por rituales colectivos, se sale de la lógica de lo culturalmente establecido, de lo socialmente normado. Por otra parte plantea para otros una atracción por un modo de vida que se maneja desde otro sistema de valores. Este sistema se construye por fuera, al lado y, a menudo, contra valores socialmente aceptados ⁵

Las drogas se han venido utilizando como respuestas muy variadas a necesidades muy variadas. En este siglo, por ejemplo en los años '60, como una respuesta contestataria y rebelde al sistema, y en el fin del siglo XX observamos un uso que ni siquiera puede

⁵Castel, R. Y Coppel, A.1994. Los controles de la toxicomanía en: Individuos bajo influencia (Ehrenberg, A. Compilador), Nueva Visión, Buenos Aires, Argentina.

desafiarlo, salvo quizás en algunas formas estereotipadas que llevan en sí su autodestrucción. Como dice Erhenberg ⁶ son un medio de manejar ciertos problemas por el hecho de ser “civilizados”. Ya no podemos arreglar nuestras cuentas nosotros mismos con la vendetta. Existiría según este autor un desplazamiento de las violencias externas a la subjetividad: las drogas permiten control. Algunos autores sostienen esta disminución de la violencia física, a partir de la disminución de guerras en el mundo. Pero esto no parece generalizable, depende precisamente del contexto. Si nosotros observamos el contexto cotidiano de la mismísima ciudad de Buenos Aires y su periferia, veremos que el tema de la vendetta o justicia por mano propia, aumenta progresivamente.

El uso de drogas en la actualidad tiene, en muchos casos, un tinte de resignación y adormecimiento, de huida de la realidad más que de respuesta. Esa huida paradójicamente permite enfrentar las presiones cotidianas, los malestares de la cultura que se multiplican. Freud hace un siglo ya había dejado constancia de esto cuando escribió: **“la vida, como nos es impuesta, resulta gravosa: nos trae hartos dolores, desengaños, tareas insolubles. Para soportarla no podemos prescindir de calmantes... Los hay, quizá, de tres clases: poderosas distracciones, que nos hagan valuar en poco nuestra miseria; satisfacciones sustitutivas, que la reduzcan, y sustancias embriagadoras, que nos vuelvan insensibles a ellas. Algo de este tipo es indispensable.”**⁷ Con respecto a los malestares en nuestro país podríamos referirnos tanto a los niveles de desocupación y pobreza que azota a una gran mayoría de argentinos como a los niveles de presión que soportan los que están ocupados. O sea, hay drogas para todos los gustos y las necesidades. También debemos anotar aquí que

⁶ Erhenberg, A. 1994. Un mundo de funámbulos en: Individuos bajo influencia, op.cit

⁷ Freud, S. El malestar en la cultura, 1996, pág.75 en: Obras Completas, Amorrortu, Bs.As., Argentina.

estas palabras de Freud están dichas en parte en función del placer. El placer es un tema prácticamente olvidado cuando se habla de drogas. Uno de los pocos especialistas que hablan y toman el tema en su práctica profesional es el Dr. Olievenstein que, desde el hospital Marmottan en Paris, ha hecho escuela en la psiquiatría dedicada al tratamiento del uso de drogas. La cuestión del placer es un dato importante a tener en cuenta para entender la iniciación y la continuación del consumo en muchos consumidores. En una sociedad en la que el principio del placer o los placeres están continuamente mostrándose entre nosotros, se hace indispensable que lo consideremos a la hora de reflexionar sobre el uso de drogas.

Por otra parte la condición de consumidor de drogas otorga muchas veces una identidad que une, que marca, que otorga pertenencia dentro de un grupo, es decir, puede dar identidad, quizás una identidad deteriorada, pero identidad al fin.

La cuestión de la droga se ha construido en nuestras sociedades occidentales como una integración acerca de los límites de la libertad y de la esfera privada.

¿Hasta dónde la cultura nos permite algún escape, alguna posibilidad de saltar el límite en esta sociedad monitoreada al extremo? Las drogas otorgan cierta ilusión fugaz de privacidad extrema: hago lo que quiero con mi cuerpo y mi conciencia⁸. Sin embargo es esta una elección real? Podemos pensar eso cuando es, sobre todo, en ciertas franjas estaría y en cierto nivel social donde está recayendo esta supuesta elección? Estas elecciones están, desde ya, pautadas social y culturalmente.

⁸ Ehrenberg, A. 1994, op.cit.

Esto puede articularse con los llamados controles, o sea las respuestas que la sociedad y el individuo esgrimen sobre el uso de drogas. Según Castel y COPPAL⁹, los **heterocontroles** o controles duros están encarnados en el sistema jurídico y el sistema médico, que operan desde afuera del individuo. Estos sistemas están regulados desde el Estado a través de las leyes y políticas sobre el tema. También desde afuera operan los **controles societarios**: familia, pareja, compañeros de trabajo, amigos, profesores, vecinos, etc., o sea las redes sociales en las que una persona está inmersa en su vida cotidiana, sus redes más próximas y con las que interactúa a diario. Desde el consumidor existe también un control sobre sí mismo, el **autocontrol**. No se consume de cualquier manera, se necesita una estrategia para conseguir las drogas, un conocimiento sobre su utilización: dosis, pureza, frecuencia, vía de administración, etc.

Con respecto a los controles societarios, creemos con los autores que deberían ser mejor desplegados, ya que conforman la red primaria de cualquier persona. Trabajando con ella se trabaja en la prevención primaria. Allí están más que los controles en sentido estricto, las redes de contención de los consumidores. Y estas redes, más informales y continuas que los heterocontroles o controles duros, pueden ejercer el sostén de los miembros más vulnerables de la sociedad. Lo interesante de contrastar entre los heterocontroles y los controles sociales, es que los primeros aparecen generalmente en etapas más avanzadas del consumo, mientras que los controles sociales están en todo momento y pueden percibir situaciones problemáticas en momentos previos, ejerciendo una labor preventiva primaria.

Los testimonios recogidos en nuestras investigaciones mencionan esta crisis o tránsito, como una etapa ya pasada y a la que no se desea regresar. En algunos casos esta percepción tiene que ver con cursar un tratamiento y el discurso que se imprime

⁹ Castel, R. y Coppel, A. Op.cit.

institucionalmente¹⁰. Sin embargo, muchos jóvenes han atravesado una etapa de consumo que la asocian con una etapa vital (como la adolescencia y la juventud), superada la cual, es decir, al llegar a la adultez, con las obligaciones que esta representa, se deben abandonar ciertas prácticas, entre ellas, el consumo de drogas.¹¹

Estas responsabilidades son fundamentales no sólo en la llamada rehabilitación. Hacer centro en la noción de autocontrol¹² puede tener consecuencias deseables en la prevención que, hasta el momento, no han sido tenidas en cuenta por el discurso absoluto de la abstinencia.

Para finalizar, quisiera dejar asentadas algunas de las ventajas del enfoque y los métodos etnográficos en la investigación del tema drogas y en particular para el estudio de poblaciones ocultas.

Cuando hablamos de enfoque etnográfico nos referimos por un lado a la descripción pormenorizada de la realidad y por otro a la prioridad que damos a la perspectiva de los actores. Cuando hablamos de etnografía nos referimos a un método cualitativo, que se caracteriza por la interacción prolongada y cara a cara del investigador con los sujetos de estudio en muestras no probabilísticas. Las técnicas que se utilizan son las entrevistas en profundidad, que muchas veces se estructuran en historias de vida, y la observación participante en el campo. Hacer etnografía es trabajar en un nivel micro, local, en el que se procesan prácticas y percepciones que dan cuenta de la estructura y de las dinámicas socioculturales más generales.

¹⁰ Mac Nally, M.T., Menéndez, M.I., Rabetzky, N., Viale, C. Etnografía de la droga, Violencia asociada al uso de drogas en jóvenes. Proyecto Ubacyt 1998-2000.

¹¹ Mac Nally, M.T., Menendez, M.I., Rabetzky, N., Viale, C. Etnografía de la droga. Valores y creencias en los adolescentes y su articulación con el uso de drogas, 1998, Espacio Edit., Bs.As., Argentina.

¹² Mac Nally et.al., op.cit.

O sea que el enfoque antropológico tiene la característica de ser holístico y a la vez incluye una mirada microsocia, particular, local, dentro de una visión global del contexto social. El tener en cuenta la lógica de los protagonistas de un fenómeno se está viendo cada vez más fundamental en un tema como el del consumo de drogas. Poder desentrañar desde el propio consumidor sus motivaciones, sus hábitos, sus creencias ha quedado en el centro de la escena, ya que sin estas variables no se puede llegar a la comprensión del fenómeno. A través de entender las categorías del otro, se puede llegar al significado que tiene usar ciertas drogas y persistir en dicho uso, aunque este acarree un sinnúmero de problemas, a distinguir la gran diversidad entre grupos que consumen de diferentes maneras, a la lógica de sus recorridos asistenciales, a cómo usar drogas conlleva la adquisición de una identidad, la pertenencia a ciertos grupos de pares, etc.¹³

En los estudios sobre consumo de drogas lo que abunda son las cifras y perfiles de poblaciones institucionalizadas, en tratamiento. Es decir la punta del iceberg. Mientras tanto existen poblaciones más extensas que se desconocen y que ya sea por estar estigmatizadas o por diferentes tabúes, nunca llegan a la consulta, son las llamadas poblaciones ocultas. Lo que entendemos entonces como consumidores de drogas son los casos problemáticos y no tenemos acceso a los casos de consumo controlado. Se puede pensar que entre los casos que no llegaron a la consulta también hay casos problemáticos, de consumo compulsivo que, por determinadas razones, quedan fuera del campo institucional. Esto también es cierto. Hay una cantidad de consumidores que, por ejemplo por no contar con una red adecuada, ya sea familiar o de otro tipo, no va a llegar nunca a consultar o, si lo hace, va a ser rechazado.

¹³ Romani, O. Etnografía y drogas. Discursos y prácticas, 1987 en: Nueva Antropología 52, México. Romani, O. Repensar las drogas, 1989, Grupo Igia, Barcelona, España.

En ese sentido el antropólogo puede recuperar importante información para luego intervenir adecuadamente en el campo. La Antropología puede aportar la visión de estos olvidados.

Durante la última década, las condiciones de vida en las zonas urbanas más desfavorecidas han empeorado. El paro, la falta de expectativas, el fracaso escolar o familiar han causando un creciente deterioro entre los jóvenes de estas zonas “en crisis”, forzándoles a mantener un frágil equilibrio entre la marginación y la integración.

En particular, los mayores trastornos han recaído sobre aquellos que tenían más baja formación y menores recursos en el acceso al empleo. Hoy se constata que estos problemas han degradado sus posibilidades de inserción social.

Los expertos han comenzado a vincular este ascenso de los jóvenes en situaciones de pobreza con una crisis de los mecanismos convencionales de integración social y con la aparición de nuevas prácticas delictivas.

. Las carreras profesionales han dejado de ser estables y, paralelamente, a las carreras delictivas les ha ocurrido algo similar: hoy asistimos a la proliferación de formas de violencia imprevisible, inclasificable, sin sentido aparente, que los expertos tratan de interpretar y que se vinculan a la actual crisis de los mecanismos de integración sociolaboral.

. La epidemia urbana de destrozos de vehículos da buena cuenta de ello. Igualmente, es también poco “práctico” el deterioro y los daños causados en locales públicos puestos a disposición de los jóvenes por parte del Estado -centros de ocio, educativos, juveniles-. Asimismo, no proporciona ningún beneficio material destrozar los medios de transporte público, el mobiliario urbano o el hábitat más cercano: parques, buzones, fachadas, etc. Tampoco es muy “eficaz” convertir en nuevos blancos de la violencia a los conductores de autobús o a los profesores.

Las políticas sociales han tratado de hacer frente a esta dinámica de exclusión de los jóvenes de barrios marginales, mediante acciones de intervención en el ámbito del empleo, de la educación o de la salud.

Un nuevo enfoque en torno a los mecanismos de inserción juvenil en los que se exploren las potencialidades de integración social en las prácticas deportivas.

Los últimos años han visto aparecer diversas investigaciones en el campo de la sociología del deporte ¹⁴que muestran cómo las prácticas deportivas adquieren una creciente importancia en la ocupación del tiempo libre juvenil. Los medios de comunicación invaden el espacio social con actividades físicas. El fútbol o el aeróbic, con sus héroes y heroínas, se consagran en la actualidad como modelos sociales. Este “boom”, unido a la posibilidad de hacer de la actividad física una práctica educativa adaptada a las necesidades y vivencias sociales de los colectivos a los que nos dirigimos, permite pensar en una forma emergente y creativa de intervención en política social.

La función educativa, una función de salud pública, una función cultural, una función lúdica y una función social. Esta última precisaba que “el deporte constituye un instrumento para promover una sociedad más inclusiva, para luchar contra la intolerancia y el racismo, la violencia, el abuso del alcohol o el uso de estupefacientes; el deporte puede contribuir a la integración de la personas excluidas del mercado laboral”.¹⁵

Hoy por hoy, son muy escasas las acciones dirigidas a los jóvenes de barrios deprimidos a través de la actividad física.

El papel de la actividad física en los programas de rehabilitación como herramienta para reforzar estilos de vida saludables es fundamental.

¹⁴ García Ferrando, 1998

¹⁵ Comisión Europea 1998

En esta línea, examinamos el lugar de la actividad física en las intervenciones con jóvenes desfavorecidos y valora las posibilidades de lograr efectos creativos y eficaces con estas acciones. Ya que la actividad física en el campo de la política social son muy aprovechables,

Es necesario tender hacia programas globales y con continuidad, que recojan prácticas creativas, progresistas y generadoras de conocimientos capaces de fomentar en los jóvenes la realización y organización posterior de prácticas autónomas integradas en sus hábitos de vida diaria.

Las zonas urbanas “en crisis”, presentan problemas graves en diversos indicadores sociales –pobreza, desempleo, fracaso escolar, toxicomanías

. Viven en un espacio vulnerable, en el cual las posibilidades de controlar la propia trayectoria no son muchas. Hay cierta posibilidad de salir del barrio, de crear o de participar en otras actividades, pero también hay muchas de sucumbir a la precariedad, la decadencia, la espera. Desde edades tempranas, los chicos de estas zonas deprimidas sufren muchos de los signos vinculados a la marginación: la desatención a la salud, el fracaso escolar, el callejeo, y los primeros episodios delictivos son algunos de los más destacables.

Dos son las razones fundamentales que acreditan al deporte como medio de intervención en el ámbito de la inserción juvenil: en primer lugar, la relevancia que tiene entre los hábitos de los jóvenes. En la actualidad su presencia ha llegado hasta las zonas más olvidadas y los jóvenes que allí viven quieren participar. El deseo de prácticas físicas es captado y aprovechado por los profesionales de lo social más cercanos a ellos: *“Con el deporte la participación inicial de estos chicos está*

*garantizada porque partimos de que es uno de los centros de interés de los chavales...
¡si te lo piden ellos!’’¹⁶*

La coincidencia que se produce entre determinadas características de la actividad física -como su carácter informal, el dinamismo y la posibilidad de realizarla en espacios abiertos-, con algunos rasgos típicos de los jóvenes en riesgo social -como el callejeo, el tiempo vacío o la actitud de rechazo a las normas sociales predominantes- esta coincidencia propicia la presencia del deporte en las experiencias de inserción.

A través del juego sin vivirlas como una imposición forzosa y exterior.

Los chicos no están acostumbrados a tener límites o a tener normas, pues es una forma de a través del juego de ir aceptándolas

Son chicos que pasan mucho tiempo en la calle, entonces, les va más las actividades abiertas porque están más acostumbrados a estar en la calle, siempre están de aquí para allá, o sea que lo físico lo tienen más desarrollado que otros chicos que están más en casa viendo la tele o leyendo un libro.’’

Los objetivos relacionados con los fines asociados tradicionalmente a la actividad física: la salud, la regeneración física, el desarrollo moral, el aprendizaje de normas, la utilización del tiempo libre o la liberación de la energía. *Si juegan a las tres de la tarde tienen que aprender a regularse las comidas*

Las iniciativas no presentan un desarrollo sistematizado de objetivos sociales sino que están marcadas por los objetivos de cuidados y corrección de hábitos higiénicos

¹⁶ Este artículo es fruto de la investigación “Inserción juvenil y actividad física: una forma de intervención social en el contexto de los barrios de la periferia urbana”, subvencionada por el Programa de Investigación científica y Desarrollo tecnológico de la Generalitat Valenciana (GV99-92-1-07).

La brevedad de las experiencias reduce la intervención a acciones puntuales cuyos objetivos se pueden quedar en una acción de “parche”, paliativa, en una acción cuyo mero objetivo es acercarse a los jóvenes.

Se necesitan programas sólidos

El deporte cuando está apoyado en dispositivos que le den solidez y le permitan desarrollarse con continuidad.

La educación física para la mejora del individuo están presentes en estas iniciativas: el aprendizaje de hábitos saludables, el desarrollo físico, la utilización del tiempo libre o la adquisición de normas figuran, como metas importantes

La degradación de las zonas urbanas que estamos considerando no es sólo arquitectónica: crecen también las dificultades de convivencia. En las zonas más deprimidas las relaciones sociales son difíciles, el clima de temor engendrado por la pequeña delincuencia

La actividad física como un medio para mejorar la cohesión social en los grupos desfavorecidos.

Un programa concreto que pretenda potenciar la inserción social a través de la actividad física:

- ✓ □ Las acciones de deporte-inserción no son un remedio milagroso para luchar contra la exclusión de los jóvenes, frenar la delincuencia o el uso de drogas. Sólo conseguirán resultados exitosos si se impulsan mediante una consistente voluntad política que promocióne iniciativas a medio y largo plazo sobre las zonas urbanas desfavorecidas.
- ✓ □ Las acciones implican un alto nivel de preparación técnica por parte de los responsables, de manera que queden cubiertos tanto los aspectos técnicos

deportivos como el acompañamiento socioeducativo por parte de los profesionales de la acción social en los barrios.

- ✓ □ Es esencial que las experiencias fomenten y cuenten con la participación de los propios jóvenes: de esta manera se podrán conocer sus demandas y sus gustos deportivos. La selección de deportes alejados de su cultura deportiva (golf, equitación, por poner casos extremos) requeriría un extenuante trabajo de sensibilización que hace recomendable abordar prácticas deportivas cercanas a la composición de clase de estos jóvenes.

La teoría social que interpreta al individuo como la resultante de su relación con objetos externos e internos.

En el campo de una teoría social que interpreta al individuo como la resultante de la relación entre él y los objetos internos y externos.

De su contacto con los pacientes, concluye que "tras toda conducta "desviada" subyace una situación de conflicto, siendo la enfermedad la expresión de un fallido intento de adaptación al medio. En síntesis, que la enfermedad era un proceso comprensible"¹⁷.

"La trayectoria de mi tarea, que puede describirse como la indagación de la estructura y sentido de la conducta, en la que surgió el descubrimiento de su índole social, se configura como una praxis que se expresa en un esquema conceptual, referencial y operativo"¹⁸

Se disciplina a los sujetos históricos sociales, bajo el proceso de vigilancia-castigo-control social, para que se adapten pasivamente a las normas patológicas que legitiman a la sociedad de la violencia, la explotación y exclusión de vastos sectores colectivos.

¹⁷ Enrique Pichón Riviere, en "El Proceso Grupal", 1971.

¹⁸ Enrique Pichón Riviere, en "El Proceso Grupal", 1971.

La retracción del sujeto al individualismo extremo pontificándose la indiferencia hacia el otro, es uno de los efectos del terrorismo económico que surge de la ideología neoliberal encarnada en el Estado argentino. Ello es un correlato evidente del Terrorismo del Estado genocida.

Cada miembro de un grupo es pertinente en función al otro semejante con el que se comunica e intercambia buscando des-alienarse. La construcción pichoniana se apoya en el método dialéctico materialista y su realización práctico conceptual tiene como eje la interacción de los sujetos orientada al cambio social planificado. Ello es un objetivo primario para cualquiera que no haya claudicado de la vida dado que, como bien lo señalara Enrique Pichón Riviere, "lo morbígeno es la sociedad". Para posibilitar tal aspiración es necesario rebelarse contra los paradigmas científicos hegemónicos que imponen un "pensamiento único" construyendo una epistemología convergente en tanto producción científica correlativa al ejercicio operativo de prácticas de liberación. Si partimos de este esquema conceptual referencial y operativo ya no es aplicable la disociación entre los saberes, los discursos y las prácticas.

El compromiso con la tarea grupal incluye de forma central la gestación de la conciencia crítica del sujeto social que se transforma transformando el mundo en el que está inserto. Esta propuesta supone siempre al sujeto "en situación", indicando que tal dimensión, escamoteada por la ciencia funcional a la hegemonía, es fundante de la existencia humana, dado que todo ser es esencialmente un ser social. Reconocido este principio, nuestra atención se desliza hacia la sociedad que habitamos, su devenir histórico, cultural, político, económico, sus dinamismos de producción, intercambio, distribución y consumo.

El proceso creador en el contexto grupal apuntala el movimiento no individual de ejercicio concreto y cotidiano de la innovación crítica permanente. Trabajar con rigor lo instituyente en el sujeto histórico social, en los vínculos, en los grupos, en las

instituciones y en lo social podrá abrimos nuevos interrogantes y vías de materialización de un viejo sueño: forjar las transformaciones necesarias de las que advenga el Nuevo Hombre.

Define Rivière al ECRO como un conjunto organizado de conceptos generales, teóricos, referidos a un sector de lo real, a un determinado universo de discurso, que permiten una aproximación instrumental al objeto particular (concreto). El método dialéctico fundamenta este ECRO y su particular dialéctica."

Con respecto a su Psicología social sostiene "La psicología social que postulamos tiene como objeto el estudio del desarrollo y transformación de una realidad dialéctica entre formación o estructura social y la fantasía inconsciente del sujeto, asentada sobre sus relaciones de necesidad".

O sea el objeto de su Psicología Social es dar cuenta cómo la estructura social deviene fantasía inconsciente. Indaga sobre los procesos de constitución de la subjetividad a partir de la macroestructura social.

Conjunto de experiencias, conocimientos y afectos con los que el individuo piensa y hace y que le permite operar en el mundo (que nunca es El mundo sino ese campo, en términos de P. Bourdieu o cultura particular en el que está socialmente posicionado).

ECRO es un sistema abierto no solamente al dialogo con otras producciones teóricas sino también, abierto a la praxis.

Si tenemos en cuenta su concepción del sujeto E. P. Rivière lo concibe no en una relación armónica con su realidad social sino en una permanente relación mutuamente transformante con el mundo. Su "implacable interjuego" implica una inevitable transformación del mundo, fundamentalmente vincular y social, para el logro de sus

deseos y propósitos, logro que a su vez tendrá efectos de transformación del sujeto. Esto conlleva a pensar la relación sujeto - mundo como una relación conflictiva y contradictoria.

Dice E. Pichón Rivière: la praxis” Introduce la inteligibilidad dialéctica en las relaciones sociales y restablece la coincidencia entre representaciones y realidad”.

Rivière plantea que "El sujeto no es solo un sujeto relacionado, es un sujeto producido. No hay nada en él que no sea la resultante de la interacción entre individuos, grupos y clases".

Esto significa que el sujeto nace con una carencia fundamental que es la ausencia de todo paquete instintivo que lo fije y lo ligue con certeza a su hábitat. Esto hace que el campo simbólico sea el ineludible campo de constitución de la subjetividad.

. No solo la trama vincular que lo alberga es condición de sobrevivencia de este ser que nace prematuro, incapaz de sobrevivir sin la asistencia del otro social sino que la trama vincular es apoyatura ineludible para la confirmación de nuestra identidad. Sin la presencia del otro se devela la fragilidad sobre la que está constituido el reconocimiento de la mismidad y la identidad del sujeto. Esto lo conocen bien los que implementan las celdas de castigo que suelen desbarrar a sus enemigos a través de la privación de estímulos, sensibles y por ausencia de todo contacto humano. Aislados del mundo tendemos a derrumbarnos.

El sujeto de la Psicología Social de Enrique Pichón Rivière es ese sujeto descentrado, intersubjetivo, que produce en el encuentro o desencuentro con el otro. Producción en una condición de descentrado de sí.¹⁹

¹⁹ Federico Moura fue el líder estético y cantante de Virus una de las bandas pop más importantes de la década del ochenta. Murió de sida, joven, en diciembre de 1988. Dijo: "Creo que la gente a veces se desespera por buscar la identidad y la identidad no se busca, te trasciende. Vos fluis y ahí la identidad aparece sola. Cuando uno se impone esa cosa de buscar la identidad, se autolimita, se encierra dentro de uno mismo y surgen los miedos, el miedo a pensar, el miedo a fantasear"

Rivière piensa al sujeto lo hace en términos de "sistema abierto" (en rigor no hay nada que no sea pensado por él en término de sistema abierto: el individuo, los grupos, las instituciones, las sociedades, el ECRO). En relación al sujeto se trata de un sistema que no es autónomo en sí mismo, se trata de un sistema incompleto que hace sistema con el mundo.

Es un sujeto situado y sitiado en el sentido que su subjetividad es configurada en un espacio y un momento histórico social específico que le otorga todo un universo de posibilidades pero le significa a su vez una cierta clausura de las posibilidades de representación simbólica.

Las tramas vinculares humanas son las que sostienen nuestro proceso de socialización, nuestro prolongado proceso de socialización o de endoculturación.²⁰

Es en esta sociedad marcada por el cambio que el ser humano debe construir un marco referencial, un aparato para pensar la realidad que le permita posicionarse y pertenecer a un campo simbólico propio de su cultura y la subcultura en la que esta inserto.

Este esquema referencial, este aparato para pensar nos permite percibir, distinguir, sentir, organizar y operar en la realidad. A partir de un largo proceso de identificaciones con rasgos de las estructuras vinculares en las cuales estamos inmersos construimos, este esquema referencial que nos estabiliza una cierta manera de concebir al mundo que de no ser así, emergería en su condición de desmesura, inabarcabilidad y caos.

Todo esquema referencial es inevitablemente propio de una cultura en un momento histórico-social determinado

²⁰ Sostiene Junger Gergen que debido a los cambios propios de la modernidad la socialización no acaba nunca.

¿Qué es jugador?

-Creo que la resultante de una serie de elementos que podemos resumir en tres puntos:

1) factores físicos; 2) factores técnicos; 3) factores psíquicos.

La importancia de que un equipo mantenga un contacto permanente se basa en la posibilidad de establecer paulatinamente un esquema interno de coordinación en cada uno de sus integrantes, a fin de que éstos rindan con máxima eficiencia su función de engranaje de equipo.

La calidad individual lo que solamente se necesita para formar un equipo con probabilidades de éxito. Lo importante es la *capacidad de coordinación* de cada uno de los valores que entran en juego. Porque el resultado sólo lo dará la *suma de esos valores*.²¹

La actividad física y el deporte en relación con la inserción social dirigidos a jóvenes de barrios desfavorecidos. La degradación de estas zonas ha ido acrecentándose a lo largo de los últimos años y los procesos de exclusión han empeorado las condiciones de vida de los jóvenes.

Consideramos que las prácticas deportivas abren un espacio de innovación en las políticas de inserción.

Dentro de lo posible continuar con la vida normal, estudios, trabajo, relaciones sociales, etc. El ejercicio físico puede contribuir al bienestar corporal y mental.

Drogas:

Tipología de drogas:

Según la OMS: "*Droga*" es toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración de algún modo, del natural

²¹ Enrique Pichón Riviere, En "Psicología de la vida cotidiana", 1966/67

funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas. ²²

Las drogas son sustancias, por lo tanto quedan excluidas de las "drogadependencias" conductas tales como ludopatía, la adicción a la televisión, videojuegos, etc., conductas que no se establecen a través de una sustancia o droga.

Se consideran drogas tanto a las legales como las ilegales. El criterio legal no es válido de cara a la prevención. De hecho, las drogas más consumidas en nuestra sociedad y que causan un mayor número de problemas son el tabaco y el alcohol, cuyo uso está despenalizado.

No importa la vía de administración, pues las drogas pueden ingerirse por vía oral, como por ejemplo el alcohol y los medicamentos, o bien por inhalación bucal, como el tabaco y la marihuana, o se administra por vía endovenosa (inyectada), o bien mediante aspiración.

Las alteraciones que las drogas pueden causar son muy variadas: excitación (como lo hacen las drogas clasificadas como estimulantes); depresión, eliminar el dolor o aplacar (como lo hacen las drogas clasificadas como depresoras); ocasionar trastornos perceptivos de diversa intensidad (como las drogas denominadas alucinógenas).

Todas las drogas pueden generar dependencia psicológica y/o física, de acuerdo con el tipo de sustancia, la frecuencia del consumo y la permanencia en el tiempo.

La simple definición farmacológica no basta para los propósitos de una prevención integral, por lo tanto trataremos de comprender los modos en que los individuos se relacionan con estas sustancias y atendiendo a esta relación, la cual está siempre determinada por el contexto sociocultural, podremos comprender qué es lo que hace que

²² Barderi María Gabriela y otros; Biología; Ed.Santillana; Buenos Aires; 1998; Pg. 368

en determinados momentos una sustancia sea considerada "droga" y otras, por desconocimiento o conformidad sea excluida de la atención.

Para ir acercándonos a esta comprensión más global podemos clasificar desde una óptica social a las sustancias que se ajustan con la definición de la OMS.²³

Modelo Jurídico: Con el marco legal como sustento, este modelo tiene como eje la vigencia y aplicación de leyes para impedir el uso de sustancias. Generalmente este modelo sitúa al "drogadicto" en el margen de la delincuencia y en tal sentido se inspira en la ley para su tratamiento.

Modelo Médico-Sanitarista: El sustento de este modelo es la salud-enfermedad. Considera que la persona que consume abusivamente sustancias y/o depende de ellas, lo hace porque padece de una enfermedad contraída o genética. Esta enfermedad podría ser biológica y/o mental. ("enfermo", "toxicómano")

Modelo Psico-Cultural: El marco desde donde se visualiza la problemática es el psicológico, considerando el comportamiento del "drogadependiente" como una consecuencia de sus experiencias de vida en las cuales incidieron fundamentalmente su entorno familiar y el contexto sociocultural.

Modelo Social: Aborda la problemática considerando al "usador/abusador de drogas" como una consecuencia o síntoma del funcionamiento de una determinada sociedad. De la misma forma que el adicto puede ser el emergente de una determinada situación familiar, la problemática general de la drogadicción depende de una situación social.

²³ Barderi Maria Gabriela y otros; Educación para la Salud; Ed. Santillana; Buenos Aires; 1994; Pg.257.

Hay que diferenciar²⁴ de cualquier consumo, un consumo patológico.

Para comprender el fenómeno del consumo de drogas es conveniente considerar otros elementos además de las *sustancias consumidas: las personas* que las consumen, el *entorno*, el *contexto histórico y social*, en que esto sucede.

Las drogas son en general estimulantes y depresores del Sistema Nervioso Central. Pero es conveniente distinguir diversos tipos:

DROGA	<ul style="list-style-type: none">• Sustancia que puede modificar el estado de conciencia.• Designa una sustancia que, luego de ser absorbida, conlleva a modificaciones de la actitud (en el sentido psicológico del término).• En el lenguaje corriente este término es cada vez mas utilizado como término corriente de todas las sustancias existentes.
ESTUPEFACIENTE	<ul style="list-style-type: none">• Sustancia psicoactiva de origen natural o sintético objeto de una clasificación en los cuadros 1, 11, 111 (concerniente a la preparación) y IV de la Convención Internacional de Viena de 1961. Este término es utilizado en su sentido Jurídico y no literario.

²⁴Escotado, A. Historia de las drogas, 1996, Alianza Editorial, Madrid, España. Furst, P.T. Alucinógenos y cultura, 1994, Fondo de Cultura Económica, México.

	<p>En inglés: NARCOTIC</p> <p>En español: ESTUPEFACIENTE</p>
<p>PSICOTROPICO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sustancia de origen natural o sintética o todo producto natural clasificado en los cuadros 1, 11,111 o IV de la Convención de Viena de 1971. Esta definición ya no está ligada al origen de la sustancia sino a las medidas de control que se le aplican según los términos de la Convención de 1971. • En el lenguaje corriente, el término "psicotrópico" es el que se utiliza mas a menudo para designar una sustancia enteramente sintética.
<p>DEPRESIVOS (psicole'pticos)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sustancias que deprimen, que retardan la actividad del sistema nervioso central. Tienen una acción analgésica potente y conllevan una depresión de los centros respiratorios. • Ejemplo: HEROINA
<p>ESTIMULANTES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sustancias que acrecentan y aceleran la actividad del sistema nervioso central. • Engendran a veces sensaciones de todo poder y estados de excitación. Hacen desaparecer las sensaciones de hambre y de fatiga.

	<ul style="list-style-type: none"> • Ejemplo: COCAINA
PERTURBADORES (psicodislépticos)	<ul style="list-style-type: none"> • Sustancias que perturban la actividad del sistema nervioso central y provocan alteraciones de la percepción visual, temporal y espacial de quienes las utilizan. • Ejemplo: CANABIS
TOXICOMANIA	<ul style="list-style-type: none"> • Estado de intoxicación engendrado por el consumo repetido de una sustancia psicoactiva.
DEPENDENCIA	<ul style="list-style-type: none"> • Hace que el individuo no pueda ya más prescindir de una sustancia considerada como peligrosa para el organismo. Existen dos tipos de dependencia: • La dependencia FÍSICA: provocada sobretudo por los opiáceos y los barbitúricos y que conllevan la aparición de señales clínicas que constituyen el estado de falta cuando hay cese de la absorción del producto. • Las dependencias PSÍQUICA: necesidad psicológica de reiterar la toma del producto. • Su supresión conlleva un sentimiento de malestar y de angustia. • Además, un mismo individuo puede ser dependiente de varias sustancias.

	<ul style="list-style-type: none"> • Este estado se acompaña o no de tolerancia. • Actualmente, se tiende a hablar de dependencias incluyendo resonancias físicas y psíquicas en cuanto a la absorción de la sustancia.
TOLERANCIA	<ul style="list-style-type: none"> • Fenómeno que conduce a aumentar las dosis de una sustancia para obtener el mismo efecto.
ACOSTUMBRAMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> • Estado que resulta del consumo repetido de una sustancia y conlleva una cierta dependencia psíquica.
AVASALLAMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> • Aferramiento a una sustancia que engendra un estado de necesidad imperioso con dependencia física y psíquica. La supresión de esta sustancia conlleva una "crisis de falta" (síndrome de privación) que puede volverse peligrosa sin vigilancia médica para ciertas sustancias.
SOBREDOSIS (OVERDOSIS)	<ul style="list-style-type: none"> • Resultado de la absorción de una sustancia que el organismo no puede tolerar. La sobredosis está ligada más a la calidad que a la cantidad de la sustancia utilizada y puede provocar la muerte.
LA PRIVACION	<ul style="list-style-type: none"> • Paro de la toma de una sustancia. La privación hace referencia al desacostumbramiento físico de la sustancia. Puede durar de 8 a 15 días.

<p>CURA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Está orientada hacia los sujetos que presentan una doble dependencia. • La privación es el comienzo de la cura para lograr un distanciamiento entre el sujeto, la sustancia y el medio. • La cura puede ser voluntaria o por decisión terapéutica. • La cura es pues el periodo de privación, un tratamiento del déficit de la actividad física y psíquica y un amortiguamiento de la fase siguiente: la post-cura.
<p>POST-CURA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Es la última fase del tratamiento del sujeto y es igual de delicada que las otras fases. • Es necesario encontrar una estructura que corresponda exactamente a las necesidades del sujeto. • Existen pues diferentes estructuras: <ul style="list-style-type: none"> -estructuras de albergue a tiempo completo, -estructuras de albergue a tiempo parcial, -estructuras ambulatorias para darle seguimiento al sujeto sin albergarlo.

	POSIBLES EFECTOS	POSIBLES CONSECUENCIAS FISICAS
DROGAS ESTIMULANTES		
CAFÉ	Disminuye la somnolencia y la fatiga.	Inquietud, agitación, temblores, insomnio, problemas digestivos
TABACO, nicotina	Desinhibición, sensación de calma	Trastornos pulmonares y circulatorios. Afecciones cardíaca. Infartos y Cáncer.
ANFETAMINAS	Alerta intensificada, hiperactividad, pérdida del apetito, falta de sueño, taquicardia, locuacidad	Dilatación pupilas, nerviosismo intenso, estado de alerta permanente, insomnio, escalofríos, anorexia,
COCAINA	Excitación, acentuada desinhibición, hiperactividad, pérdida del apetito, ansiedad, aumento de la presión sanguínea y pulsaciones del corazón,	Desasosiego, agitación, hipertensión, trastornos cardio-respiratorios, desnutrición, anemia. Hasta daños hepáticos, renales y cerebrales En embarazo, fetos defectuosos

DROGAS**DEPRESORAS**

ALCOHOL	Euforia inicial. Desinhibición, disminución de la tensión. Embotamiento mala coordinación, confusión	Trastornos hepáticos y de los nervios periféricos, dificultad para hablar, marcha inestable, amnesia, impotencia sexual, delirio.
BARBITURICOS, SEDANTES	Depresión del sistema nervioso central. Tranquilidad, relajamiento.	Irritabilidad, risa/llanto sin motivo, disminución de la comprensión y de la memoria, depresión respiratoria, estado de coma.
OPIO, METADONA	HEROÍNA, Sensaciones exageradas a nivel físico-emocional, ansiedad, disminución de la razón, el entendimiento y la memoria, retardo psicomotor	Estados de confusión general, convulsiones, alucinaciones , contracturas musculares, disminución de la presión arterial

DROGAS**ALUCINOGENAS**

MARIHUANA	Diminuye la reacción ante los estímulos y reduce los reflejos, desorientación temporoespacial alucinaciones.	Reducción en el impulso sexual, daño en las funciones reproductoras, psicosis tóxica deterioro neurológico.
LSD	Alucinaciones, desorientación temporoespacial flashback.	Delirio, despersonalización, terror, pánico, trastornos en la visión hipertensión arterial, problemas respiratorios ²⁵

Diagnostico situacional:

A pesar de los esfuerzos intensos de prevención primaria (evitar el inicio del consumo) y de las políticas de control duro, y considerando que muchos de los usuarios viven en condiciones de marginación y exclusión social, por fuera del circuito sanitario, que muchos de los usuarios de drogas que acceden a un tratamiento por adicción no logran una abstinencia total o sostenida en el tiempo

Disminuir el número de jeringas desechadas en lugares públicos (plazas, parques, etc.) con la consiguiente disminución de la posibilidad de accidentes.

La política llamada de abstinencia que se dirige exclusivamente a la disminución del consumo de drogas. Estas consecuencias, estos daños, pertenecen tanto al campo de lo social: marginación, criminalización, estigmatización, como al campo de la salud:

²⁵ <http://www.iponet.es/casinada/19dgenfo.htm>

infecciones varias, hepatitis, sobredosis y fundamentalmente el SIDA. Indudablemente estos daños se potencian unos a otros.

Además de las infecciones y enfermedades asociadas al consumo intravenoso, es de señalar las connotaciones sociales de la drogadependencia; marginalidad, articulación con la problemática de los “chicos de la calle”, criminalización, estigmatización, prostitución, que dan la mayor visibilidad social al problema de la droga en Latinoamérica.

Esta concepción reconoce la existencia de consecuencias negativas del consumo de drogas, consecuencias que no son por tanto la drogadependencia y que se muestran en el área de la salud y en lo social.

Paradójicamente este mecanismo tampoco garantiza la protección del resto de la población, ya que la misma representación al constituirlos como "grupos seguros" los expone.

En el pasado se planteaba la abstinencia como objetivo terapéutico, y más aún, a veces hasta como condición del tratamiento.

Latinoamérica, producen un giro conceptual por los efectos sociales de la problemática del SIDA y los costos sociales, económicos y sanitarios de su incidencia. La política general a veces se conforma con evitar que avance el deterioro físico y social de los adictos, en particular los adictos por vía endovenosa. Este es el modelo de reducción del daño.

El discurso sobre la seguridad ciudadana impone el miedo como una barrera invisible entre el vecindario adulto y el joven. La organización vecinal es muy defensiva y reactiva, las movilizaciones tienen un marcado carácter “emocional”, que explota en temas concretos: droga, prostitución, brutalidad policial.

Con la instalación del sistema capitalista, con mercancías de todo tipo circulando en un mercado mundial y el desarrollo de los medios de comunicación difundiendo su existencia, las drogas se convierten en una mercancía más, dependiendo de la oferta y la demanda.

Los heterocontroles, o sea los sistemas jurídico y médico ubican al consumidor en la oposición enfermo-delincuente/ delincuente-enfermo, que encierra al sujeto, no dejándole espacio a una tercera posibilidad. En este sentido nos parece interesante observar la noción de crisis. Esta noción contempla la transitoriedad de una situación existencial atravesada por algunos individuos. Es así como se podrá encontrar una salida a la alternativa del enfermo o delincuente, considerando que esta no es una identidad inscripta para siempre en una persona, sino que puede ser transitoria.²⁶

Reducción de Daños:

¿Pero que planteamos cuando decimos "reducción de daños"? ¿Hablamos acaso de soluciones mágicas que tienden a lograr que una persona de la noche a la mañana deje de consumir sustancias, que sus problemas -como puede ser la falta de empleo- desaparezcan? ¿Que todos los motivos y razones que lo llevaron a consumir drogas de un soplo sean historias que nadie leerá?... En realidad, hablar de "reducción de daños" es una forma de sincerarnos en nuestro quehacer, y poder transformar en acción la posibilidad de lograr que alguien disminuya progresivamente el uso "inadecuado" de drogas.

En adicciones es el tiempo que transcurre en el pasaje de consumo de distintas sustancias o vías de consumo. Atención... hoy nuestros jóvenes pasan de aspirar

²⁶ Garapon, A. El toxicómano y la justicia: ¿Cómo restaurar el sujeto de Derecho?, en: Individuos bajo influencia, op.cit.

químicos, fumar marihuana, inhalar cocaína, tomar psicofármacos a inyectarse con tanta prisa que ni ellos ni nosotros nos damos cuenta.

La pregunta es... ¿de que manera nos damos cuenta? Hoy en nuestros servicios públicos de Salud retiran equipos para inyectarse chicos de cualquier condición social, con distintos recursos económicos, diferentes niveles de educación, algunos con familias a cargo...

Sería prácticamente interminable la lista e ilimitada la caracterización de estas personas. ¿Cómo nos preparamos para abordar algo tan complejo? Más allá de todas las diferencias que se nos puedan presentar, representan a un grueso de nuestra sociedad donde prácticamente todo lo que consumen apunta y apuesta al olvido, a la masificación, a ingerir y digerir mercadería de dudosa procedencia y calidad, que hasta la música que escuchan es una apología a darse con lo que venga y como venga...

Los espacios terapéuticos o de contención son un primer escalón. El medio de llegar al paciente es a través de mensajes claros que nos identifiquen y que planteen una alternativa. Por ejemplo: ¿Donde tirás todo lo que te está pasando? O... ¿Qué te pasa cuando en realidad te pega?

El objetivo es la responsabilización de las personas adictas. De allí en más todo es posible si acompañamos este proceso.

Seguramente hay mucho más para realizar. El desafío hace mucho tiempo que está planteado, lo estamos asumiendo y confiamos en el resultado.

Lo importante es que estamos en marcha.

Entre tales se encuentra estrategias la llamada Reducción de Daños, la cual cobra un renovado énfasis al demostrarse la estrecha conexión entre la práctica de compartir jeringas / agujas y el VIH / SIDA.

El Plan de Reducción de Daños plantea:

- Un uso más seguro de drogas es posible siendo esto función de políticas y legislaciones sobre drogas más pragmáticas y realistas.
- Las intenciones deben apuntar a posibilitar la accesibilidad de usuarios al sistema de salud y/o tratamientos de adicciones sin imponer criterios de abstinencia total como requisito para acceder a ellas, modificar el consumo hacia formas más seguras y disminuirlo de ser posible, brindar información y educación adecuada para el cuidado de la salud, prevención de infecciones (VIH, Hepatitis B, C, etc.), prácticas sexuales más seguras (provisión de preservativos), etc.

Una de las intervenciones existentes dentro del campo de la Reducción de Daños son los llamados Programas de Intercambio de Jeringas (PIJs.) que han venido funcionando en diversos países del mundo desde hace más de una década. Los PIJs, son lugares donde los UDIs pueden entregar jeringas / agujas usadas intercambiándolas por otras estériles (cuando no hay intercambio se habla de distribución de jeringas) donde se provee además información / educación adecuadas sobre el cuidado de la salud, prevención de VIH y otras infecciones transmisibles, etc. Actualmente, después de muchos obstáculos y cuestionamientos y luego de varios años de experiencia e investigaciones sobre su efectividad, se dispone de información sobre el impacto que han producido estos programas en disminuir la propagación de VIH.

Los Programas de Intercambio de Jeringas han logrado:

- a) Disminuir la incidencia de VIH en UDIs, sus parejas sexuales y los niños nacidos de éstas, al disminuir el tiempo de circulación de agujas / jeringas usadas y la probabilidad de que se compartan .

- b) Mejorar la accesibilidad y llegada al circuito sanitario y / o programas focalizados de prevención y asistencia, consejerías, entre otros.

- c) Disminuir las prácticas de alta exposición al VIH, como la costumbre de compartir material de inyección y eventualmente lograr prácticas sexuales más seguras

Dada la experiencia internacional y las recomendaciones de organismos internacionales, como la OMS, OPS y ONUSIDA, apoyando estas estrategias, y que en países de la región con perfil similar en cuanto a las vías principales de transmisión del VIH (Brasil) ya han dado buenos resultados, en nuestro país, luego de la discusión en torno a estos programas, se han comenzado a implementar estrategias de reducción de daños.

El Programa Municipal de SIDA reafirma los postulados y concepciones de la Reducción de Daños, entendiéndola como una manera pragmática y adecuada de abordar la epidemia en nuestra Ciudad. En la actualidad existen Programas de Intercambio de Jeringas (PIJs) en el ámbito nacional, y el Programa Municipal de Sida los ha puesto en marcha recientemente.

La Reducción de Daños no es sólo PIJs, y las acciones iniciales básicas son el acercamiento y el reconocimiento mutuo con los usuarios de drogas. En tal sentido también existen, desde hace mucho tiempo, diversas estrategias del Programa orientadas

hacia la Reducción de Daños, como los trabajos con grupos de usuarios de drogas en diversos efectores de salud, los trabajos en la cárceles de Rosario (Unidades III y V), con entrega de preservativos e información sobre relaciones sexuales y uso de drogas más seguras, y el co-financiamiento de proyectos de prevención del VIH - Sida de OSCs que incorporan principios reduccionistas.

Es importante entender que el consumo de bebidas alcohólicas, el tabaco y el uso de drogas son hábitos que se deberían eliminar, pues estas sustancias son inmunodepresoras y contribuyen al deterioro físico y psíquico.

Muchas veces estos hábitos se transforman en adictivos y no es posible dejarlos por voluntad propia. Para ello existen instituciones o grupos que pueden ser de utilidad. Aunque requiere de mucho esfuerzo no es imposible, muchas personas han podido lograrlo con éxito.

En Latinoamérica la política oficial en drogadependencias es una política que podría definirse como represiva y abstencionista y que se apoya en cuatro mitos básicos.

El primero es que la droga es la causa de la drogadependencia, lo que sitúa el eje de la cuestión en la sustancia a la que se demoniza y persigue, y con ella a los que la consumen. Obviamente, si la causa del problema es la droga, en la abstinencia se sitúa la solución.

El segundo es que los drogadependientes son delincuentes, lo que permite asociar arbitrariamente droga-delito-inseguridad, y circularmente entonces justificar legislaciones que penalizan conductas individuales, estigmatizando al sujeto y convirtiéndolo así en delincuente. Éste es el caso de la legislación argentina. La ley 23.737 legitima la realidad que construye desde sus supuestos, aleja al consumidor de drogas y al drogadependiente del sistema de salud, marginándolo también de las

posibilidades de prevención del HIV/SIDA entre tantas cosas. Colombia que ha despenalizado el consumo en pequeñas cantidades, se presenta como única excepción en Latinoamérica a este discurso.

El tercer mito es que el drogadependiente, lo sepa o no, busca su muerte. Esto se sostiene en un estereotipo psicopatológico que identifica a las drogadependencias con el campo de las perversiones y en la articulación teleológica droga-SIDA. Esta concepción sitúa al daño como inevitable. Si él busca la muerte, sólo nos cabe la resignación desde la impotencia. Si incluso se adiciona algún significado de castigo a esta muerte, la que se precertifica como “merecida” (“él se lo buscó, que se joda”), sólo resta la venganza.

Entre el modelo de abstinencia y el de reducción de daños es sin duda este último el que otorga mayor responsabilidad al sujeto en relación con sus actos y decisiones, frecuentemente esta responsabilidad con sentido de "conciencia". Se trata aquí de ser conciente/responsable de lo que hace, y la idea es que dado que el sujeto drogadependiente puede "elegir", es deber del sistema de salud presentarle opciones. Entre la evanescencia del sujeto de los modelos de abstinencia y la presencia de un sujeto autónomo e indiviso puede situarse otra perspectiva para desde la misma reformular algunos aspectos del modelo reductor de daños, sus alcances y efectos sociales, incluyendo la subjetividad.

Coincidimos en que es deber del sistema de salud presentarle opciones al sujeto, aun cuando el sujeto no siempre pueda elegir. El sujeto es un sujeto “dividido”, sujeto del inconsciente, sujeto derivado del discurso que se constituye desde un orden de lenguaje. Se trata por tanto de un sujeto al que siempre le falta la palabra para poder decirlo todo. Si bien el yo siempre sostiene la ilusión de saber lo que dice y lo que hace, siempre dice algo más que desconoce, porque lo que desconoce es la determinación del inconsciente en su palabra.

El SIDA puede ser una marca, una especie de tatuaje hecho en la sangre. SIDA puede ser el nombre que adquiere un sujeto o el precio que paga un sujeto. Por lo tanto puede tener un sentido de recompensa o de castigo. Algunos pacientes drogadependientes muestran esta marca con orgullo, otros la esconden con vergüenza. Es a éstos a quienes dificulta su vida cotidiana; tener relaciones sexuales con o sin preservativo, compartir el ritual de drogarse, socializarse, seguir viviendo.

Sin entrar en cuestiones teórico-clínicas sobre las estructuras psicopatológicas, puede decirse que entre las vicisitudes de un sujeto que no sabe y un sujeto que no quiere saber o entre las de un sujeto que busca y un sujeto que calcula los riesgos, los matices son infinitos. La cuestión está en considerar que ningún mensaje así como ninguna estrategia puede ser para todos. Será para algunos. Transmitir información sobre los riesgos de la reutilización de agujas y jeringas podrá ser útil para -los menos- los que no saben, de malestar o indiferencia para los que no quieren saber, de burla para los que buscan estos riesgos y gozan con ellos y de sorpresa para los que los calculan. Pero en el contexto de tantas campañas masivas que no sirven a nadie, que sirva al menos a algunos justifica su utilización.

La drogadependencia es un problema del sujeto y de la cultura, por eso es que debemos interrogar su incidencia en el primero -donde hablar de sujeto es hablar de cada sujeto- para formular aportes a lo social. Pero también es necesario interrogar su incidencia en la cultura y reivindicar los efectos sociales de ciertos mensajes y de ciertas políticas de salud, que sin estigmatizar ni juzgar, se ocupan de reducir riesgos y daños para formular aportes a la clínica del sujeto.

La reducción de daños es una política de salud que apunta a la disminución de las consecuencias negativas del consumo de drogas.

Este modelo se define a partir de la imposibilidad actual, transitoria o permanente, de evitar el uso de drogas y del reconocimiento del derecho del sujeto a continuar con él y la necesidad de minimizar el daño que dicho consumo produce en el sujeto y/o en otros.

Se han venido haciendo cada vez más evidentes en los últimos tiempos las problemáticas ocasionadas en los sujetos drogadependientes no ya por el consumo de drogas en sí mismo, sino por las características de dicho consumo. Los datos epidemiológicos confirman que la transmisión sanguínea del HIV ha aumentado en Argentina (42%), Uruguay (33%) y Brasil (29%) a expensas del uso compartido de los equipos de inyección entre los drogadependientes.

. El modelo de reducción de daños es de esta manera, tanto una política social como una política de salud.

. Se dibuja aquí una otra axiología. Si para la concepción que sostiene al modelo de abstinencia es la droga la causa de la drogadependencia y es ésta su consecuencia negativa, para la concepción de modelo de reducción de daños la droga es el objeto de una práctica de consumo de un sujeto y depende de las condiciones en que el sujeto realice dicha práctica.

Pero la reducción de daños abarca también la educación e información. Por una parte, de los usuarios, sobre las formas de desinfección de los equipos de inyección, riesgos de sobredosis, efectos de las drogas y formas seguras de inyección. Por otro lado, de la comunidad general, para evitar la marginación de estos sujetos y su consiguiente distanciamiento del sistema de salud. Incluye también el trabajo de calle para establecer contacto con la mayor cantidad posible de usuarios de drogas y la implementación de instituciones asistenciales públicas abiertas, con objetivos intermedios, dispuestas a escuchar y tratar a las personas estén o no abstinentes de drogas.

OBSTACULOS A LA REDUCCION DE DAÑOS

Las objeciones a los programas de reducción de daños en Latinoamérica pueden resumirse en algunas representaciones sociales, cuya construcción permite sostener la defensa del modelo de abstinencia.

1) Los mitos sobre la droga

En primer lugar la asociación ya mencionada entre consumo de drogas y muerte, a través del concepto de “*tendencias autodestructivas*” y de la articulación entre uso compartido de los equipos de inyección y conducta ordálica y en segundo lugar la articulación entre droga y HIV/SIDA, donde se sitúa a la droga en un orden de causalidad independientemente de la vía de administración de la misma.

2) Los miedos a la legalización

Una de las más significativas razones de la desconfianza en el modelo de reducción de daños se halla en su supuesta relación con la legalización de la droga y la frecuente injusta acusación de “hacer apología de la droga”. En realidad, esto encubre el temor a que este modelo ablande las políticas legislativas en la materia y se constituya en una vía regia a la legalización, en tanto se sostiene que toda intervención que no se dirija a la abstinencia favorece e incentiva el consumo.

Contrariamente a lo que suele suponerse, el modelo de reducción de daños puede o no ser sostenido desde una política de legalización de las drogas. La LIA (Liga Internacional Antiprohibicionista) habla de “aprender a drogarse”, pero también diversas Organizaciones No Gubernamentales en el mundo defienden los derechos de los consumidores de drogas -y no sólo los derechos de los consumidores de drogas a las drogas- situando entre ellos al saber sobre los riesgos que este consumo implica. Y muchos Estados y sus instituciones asistenciales para drogadependientes se ven en la

actualidad, con la incidencia del SIDA, interpeladas a evaluar los alcances y posibilidades de estas estrategias. Un ejemplo es Brasil, que muestra las contradicciones de una política de salud que aceptó tempranamente el debate sobre los programas de jeringas, llegando incluso a legalizarlos e implementarlos como parte de la política oficial en algunos estados, y una política legislativa represiva, que inclusive hoy defiende las incumbencias de la Policía Militar sobre la Secretaría de drogas, actualmente llamada Secretaría Nacional Antidrogas (SENAD).

No obstante, diría que las excepciones confirman la regla y este modelo es difícilmente compatible con la penalización del consumo de drogas (o digamos, mejor, que si se hace compatible con ella no es sin dificultades y problemas). Justamente este modelo debe tener por objetivo paliar también los efectos negativos. Reducción de daños implica necesariamente también reducción de los daños sociales y subjetivos relacionados con la penalización de la tenencia para consumo personal. Entre los daños a reducir figura la criminalización; evitar la transformación de un consumidor de drogas, o de un drogodependiente, en un delincuente. Por tanto no se trata solamente de riesgos en cuanto a la salud, como en la sobredosis o el HIV/SIDA por ejemplo, si no también en cuanto a lo social. Aunque muchos no acuerden en que la legalización del cultivo, producción y comercialización sea la solución, sin embargo, muchos de quienes sostenemos los principios de la reducción de daños consideramos que es indiscutible que los mayores y más perjudiciales daños son los ocasionados por la prohibición misma y no por las drogas.

3) El mito de la heroína

Con frecuencia, la reducción de daños y especialmente los programas de jeringas se asocian, a través del mecanismo de proyección, con realidades ajenas, europeas o norteamericanas y con una droga en cuestión: la heroína. Sin embargo en nuestro medio

el uso intravenoso de cocaína debiera ser objeto de una más detenida reflexión. Ya que esta sustancia, a diferencia de la heroína, llega a ser inyectada hasta veinte veces al día, lo que potencia proporcionalmente los riesgos de infección en relación al uso compartido de agujas y jeringas contaminadas.

4) La jeringa: objeto “tabú”

Una de las más mentadas razones de la oposición al modelo de reducción de daños es su asimilación exclusiva a los programas de distribución o cambio de jeringas. Se trata indudablemente de un argumento reduccionista.

Este recurso tiene dos cuestionamientos fundamentales. El primero lo comparte con el modelo en general, y es que fomentaría el consumo, el segundo es que la entrega de jeringas no garantizaría su uso personal y exclusivo. Algunos argumentan "*El rito del drogarse se acompaña de la posibilidad de compartir las agujas*". Sin embargo se ha demostrado ampliamente que la asistencia a los cambios de jeringas y el aumento de la disponibilidad de las mismas está asociado con una disminución de riesgos como es la disminución del uso compartido y una disminución de daños, como menor incidencia del HIV y mayor acceso a los servicios de salud.²⁷

¿No es tiempo acaso de develar la cuestión y analizar seriamente, cuál sería la forma de implementar programas de cambio de jeringas con mayor efectividad y menores obstáculos? Para ello es necesario modificar ciertas representaciones sociales, paso ineludible para lograr la necesaria aceptabilidad social de los mismos.

5) Confusión entre sustitución y droga a sustituir

Erróneamente los programas de sustitución se atribuyen exclusivamente a la adicción a la heroína; sin embargo los mismos se hallan ampliamente difundidos y probados en el

²⁷ Wodak, 1998; O'Hare, 1998

mundo para el tratamiento de la adicción crónica a opiáceos (opio, morfina, codeína, dihidrocodeinona, heroína etc.), proporcionando, además, un efecto adicional indirecto de disminución de consumo de cocaína en poliadictos. De hecho siempre se han sustituido unas drogas por otras; la adicción al opio se ha tratado con morfina, la adicción a la morfina con heroína, la adicción a la heroína con metadona, pero también con codeína, buprenorfina, heroína, fentanilo.

La creencia de que la sustitución sólo se aplicaría a la adicción a la heroína obstaculiza su implementación en poblaciones con problemáticas con otros opiáceos y la investigación sobre los efectos de la sustitución de otras sustancias. Existen unas pocas experiencias piloto de sustitución en Latinoamérica; es de señalar la de Bolivia que trata con hojas de coca la dependencia a la cocaína²⁸, en Brasil los estudios de un grupo de San Pablo sobre la utilización de marihuana en adictos al crack²⁹ y el programa piloto de sustitución con buprenorfina para adictos a los opiáceos de Rosario en Argentina³⁰. Colombia, Ecuador, Perú y Brasil estudian los usos rituales y como droga de sustitución de la ayahuasca³¹.

El modelo de reducción de daños se inició con los programas de mantenimiento y sustitución con metadona en Inglaterra hacia 1930. La metadona es un opiáceo sintético -cinco veces más adictivo que la morfina- que se emplea como sustituto de la heroína, pero no exclusivamente. Si bien también da placer, crea dependencia y deteriora el organismo; se administra por vía oral y bajo control médico. Se ha evaluado que su principal beneficio es disminuir la posibilidad de transmisión de SIDA y otras enfermedades infecciosas transmisibles por vía endovenosa. Si bien la metadona sustrae al sujeto del circuito de la marginalidad y criminalización propia del mercado negro de la heroína reduciendo los riesgos sociales e intenta sustraer al sujeto del riesgo de

²⁸ Hurtado, 1998

²⁹ Labigalini, 1998

infección por HIV, en cuánto a la problemática del sujeto sólo sustituye la droga de elección del drogadependiente por la droga de elección del sistema sanitario. Es así que han surgido en los últimos años los programas de heroína, que son un ejemplo de cómo la cuestión no está tanto en la sustancia como en la administración correcta de la misma.

Suiza desde 1994, inspirada en los programas británicos de prescripción médica de drogas, está realizando la prescripción de heroína, a través del llamado “Programa Nacional de Prescripción de Estupefacientes” (PEPS), fundamentalmente en aquellos casos que han fracasado en tratamientos anteriores incluyendo de sustitución con metadona. Los informes iniciales indican que los resultados son positivos y el mantenimiento con heroína es eficaz, produciendo esta sustancia muy pocos problemas si los causa al ser administrada en condiciones higiénicas.

En Gran Bretaña desde los años '20 los médicos prescriben drogas a los drogadependientes (metadona, heroína, cocaína, anfetaminas y otras drogas) y los farmacéuticos locales se las proveen. Se sustituye entonces una sustancia de dudosa pureza adquirida en la calle por la misma sustancia de pureza y calidad controlada bajo administración médica.

6) Mitos sobre la educación y la información

Con frecuencia la población no adicta sitúa en su discurso a la información sobre la "adicción segura" como incentivo de la misma. En este sentido es importante señalar que los ex-adictos coinciden en este imaginario con el de la población general. Son aquellos cuya abstinencia es más un efecto de sugestión o control (logrado por ciertos sistemas terapéuticos de deshabitación o sistemas de desintoxicación física exclusivamente), que un efecto de un trabajo subjetivo en torno a las problemáticas

³⁰ Hurtado, 1998

³¹ Luna, 1998

ligadas a la droga. Este discurso se puede nombrar como "*miedo al contagio*" y se repite tanto en cuanto a distribuir información como en cuanto a distribuir jeringas.³²

De esto pueden deducirse dos cosas. La primera, que no puede establecerse una relación directa entre este imaginario y las conductas de los sujetos, o sea entre pensar que eso puede inducir al consumo y que en realidad lo induzca. Lo segundo, que lejos de invalidar la utilización de estrategias de prevención del SIDA basadas en el modelo de reducción de daños en adictos por vía endovenosa, advierte sobre sus límites a la vez que justifica la necesidad de que la misma sea aplicada justamente en dicha población y en base a las particularidades de la misma (lenguaje, códigos, imaginario social).

7) “Si los drogadependientes no vienen a las instituciones, las instituciones no van hacia los drogadependientes”

Actualmente en Latinoamérica el trabajo de campo/calle (“outreach”), no es una práctica tan frecuente como en otros países, donde se halla muy difundido. En este sentido debemos situar como paradigmática la experiencia de Medellín de reducción de daños en policonsumidores habitantes de la calle³³. También Brasil da cuenta de experiencias de campo con usuarios de drogas inyectables.³⁴

Uno de los objetivos que comanda al modelo de reducción de daños es hacer contacto con aquellos sujetos que no llegan al sistema de salud, para ello la estrategia es ir a buscarlos. Trabajadores u operadores de calle intentan hacer contacto con ellos, distribuir material educativo, preservativos, e inclusive jeringas en algunos países, evaluar sus necesidades y derivarlos. En este sentido y con el mismo objetivo existen en

³² Inchaurreaga, 1995

³³ Restrepo, 1998

³⁴ Mesquita, 1999

varias ciudades del mundo las llamadas “áreas de tolerancia” como las “drug rooms”. A diferencia de los espacios abiertos (como fue Spitzplatz o Letten en Zurich) y de las “shooting galleries”, se trata de lugares de estadía transitoria -diurnos o nocturnos-, donde estos sujetos pueden estar, proveerse de preservativos y jeringas, tomar un café, un baño, pasar la tarde o la noche y si lo desean hacer una consulta al profesional de guardia. Este tipo de lugares suelen combinarse con puestos de cambio de jeringas y algunos de ellos incluyen un espacio donde las personas pueden consumir drogas en un ambiente definido como “seguro”.

8) Instituciones asistenciales estandarizadas

Lamentablemente así como existe la homogenización del drogadependiente, existe la homogenización de las instituciones y el discurso social hegemónico reivindica a aquellas que se basan en el modelo de abstinencia, con altos niveles de exigencias y estrictos criterios de selección. Estas instituciones se hallan estandarizadas en sus principios y criterios de admisión, rehabilitación y expulsión, y son generalmente cerradas, generalmente instituciones de deshabituación psicológica o desintoxicación física, Comunidades Terapéuticas entre otras. Ellas no están pensadas, ni adaptadas para recibir las problemáticas de sujetos que por ejemplo no quieren dejar la droga, tampoco para aquellos que buscan consumir menos o hacerse menos daño al drogarse. De la misma manera no se reciben graves problemáticas psicopatológicas, con altos niveles de fracaso en tratamientos previos, conflictos con la ley, absoluta desarticulación familiar y completo nivel de abandono personal a veces argumentándose intoxicación y falta de voluntad, otras “asocialidad”. Pero todas estas personas existen, pueblan nuestras cárceles, nuestras calles, nuestras ciudades y el sistema de salud debe poder ofrecer una modalidad terapéutica acorde a sus necesidades, a sus posibilidades, a sus deseos.

Podemos hablar de sus pedidos, pedidos de ayuda, de auxilio, de asistencia, -sabemos que otras son las demandas de tratamiento- y debemos pensar en instituciones y formas de “tratar” a los pacientes “a la carta”, según cada uno, reconociendo matices en las problemáticas y diferencias en los drogadependientes. Instituciones con objetivos intermedios a la abstinencia, instituciones focalizadas en la reducción de daños, instituciones de bajo umbral de exigencias.

Los obstáculos analizados, como hemos visto, se apoyan en mitos, pero también se apoyan en datos empíricos. Efectivamente nuestra realidad es que contamos con una política oficial en materia de drogas abstencionista y represiva, detenida en la demonización de la sustancia, lo que le impide ver más allá: el sujeto con su dolor, a la sociedad con sus problemas creados o potenciados por esta misma política. Herencia de la ideología estadounidense de “guerra contra la droga”. (Por ejemplo la ley de estupefacientes argentina 23.737 no sólo penaliza la tenencia de drogas para consumo personal (art. 14) si no también la facilitación de un lugar o de elementos para dicho consumo (art. 10) y la difusión pública /preconización / incitación del uso de drogas (art.12) junto con la impartación pública de “instrucciones acerca de la producción, fabricación, elaboración o uso de estupefacientes” (art.28). (Ley 23.737, 1989)

Nuestra realidad es también que instituciones de alto nivel de exigencia y basadas en el modelo de abstinencia monopolizan el sistema de salud en drogadependencias. En Argentina la Secretaria Nacional de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR) subsidia a estas instituciones que defienden dogmáticamente el principio de abstinencia, que puede constituirse hasta en motivo de expulsión, a través de becas para los pacientes sin recursos y no a instituciones públicas.

Ahora bien, esos obstáculos tienen la particularidad de que si bien se apoyan fundamentalmente en mitos, en ficciones, en representaciones sociales, las mismas adquieren un estatuto de verdad a través del sistema de poder que las legitima. Así por ejemplo los mensajes del discurso oficial que se difunde a través de los medios de comunicación sobre la obsoleta “teoría de la escalada” (en la que se comienza fumando marihuana y se termina inyectándose cocaína) o la asociación “muerto” - “consumidor de drogas” y las teorizaciones, a veces publicadas, de ciertos autores sobre “el flagelo de la droga” o “la homogenización psicopatológica del drogadependiente”.

Pero las representaciones estudiadas también tienen efectos de realidad. En el caso de la droga la reacción social marginalizadora y discriminadora produce por sí misma la realidad que legitima: la drogadependencia y el SIDA como problemas de "*grupos de riesgo*". Esto no dejar de tener consecuencias para los sujetos consumidores de drogas que pertenecen a las categorías estigmatizadas y por ello más vulnerables. En cuanto a esto se hace fundamental investigar sobre el grado de incidencia de esta "desprotección" en los sujetos adictos en Latinoamérica, dadas ciertas particularidades que enunciaremos a continuación.

El status-quo del problema de la droga en nuestras sociedades constituye un sistema "autorreferencial"³⁵, un sistema que se reproduce ideológica y materialmente en un mecanismo a través del cual los actores sociales confirman su propia imagen de la realidad en la actitud de los otros actores sociales. Este proceso circular puede verse claramente en relación a las drogas en un análisis de los discursos que se escuchan en lo social. Reproducción material es el proceso por el cual la acción general del sistema, determinada por la imagen inicial de la realidad, modifica parcialmente la realidad misma, de tal modo que la hace posteriormente más cercana a la imagen inicial. Este movimiento en espiral también puede estudiarse en cuanto a las representaciones

sociales del SIDA; la discriminación en "grupos etéreos" de drogadependientes por ejemplo en vez de protegerlos los hace más vulnerables, dejándolos afuera de la malla de protección social.

Algo similar ocurre con la representación del uso del preservativo, que se evalúa innecesario entre sujetos "limpios" (expresión utilizada en relación a la abstinencia de drogas). En lo social la constitución de estos grupos como grupos desviados adquiere la función simbólica de "*chivo expiatorio*". Freud nos aporta la noción de la existencia del mecanismo de proyección en un objeto exterior del enemigo común y nos da muchos elementos para continuar la investigación sobre cómo los tabúes y los castigos a sus transgresiones permiten a la sociedad protegerse de su propio inconsciente.³⁶

Si bien los conocimientos científicos demuestran que estas representaciones sociales no corresponden a la realidad, actualmente la distancia entre imagen y realidad se acorta. Estas ficciones adquieren estatuto de verdad como los mitos, y se transmiten y reproducen sin ser cuestionadas. Así se descalifica rápidamente a la reducción de daños como política y estrategia en el campo de las drogadependencias, a pesar de los datos científicos y los contundentes resultados de su aplicación.

En la década pasada se postulaba que la droga podía ser vencida y, en consecuencia los programas y las instituciones para drogadependientes eran basados en la abstinencia.

Europa y en menor medida América del Norte en la década de los 90, a diferencia de los programas de sustitución o mantenimiento con drogas (sean estas metadona, codeína, buprenorfina u otras) deben estar contextualizados en programas comunitarios y tener como referentes fundamentales a centros de salud especializados. Si esto no ocurre, estos abordajes pueden ser simplemente paliativos y estar sostenidos en la impotencia, como muchos modelos norteamericanos de los '90, más próximos a un escepticismo

³⁵ Baratta, 1994

pragmatista que a un análisis crítico de la realidad, o quedar atrapados en la ilusión, como muchos abordajes latinoamericanos, espejos de la política que los países avanzados defendieron con las utopías de la década pasada.

Cuando no toda intervención debe tener por objetivo final la abstinencia, se permite la convivencia con las drogas y esto nos da la posibilidad de pensar tanto la cura como la prevención en el registro de lo posible. La reducción de daños puede advenir donde la prevención de la drogadependencia ha fallado.

Es fundamental reformular en Latinoamérica los objetivos terapéuticos y las políticas de salud pública en drogadependencias, diseñar estrategias institucionales y sociales coordinadas en un plan terapéutico donde las conceptualizaciones comanden la dirección de la cura y la clínica con adictos determine la permanente reformulación teórica. Y todo esto en función del análisis de las particularidades de estos sujetos y sus problemáticas. Porque no se puede hablar de abstinencia si no es como algo que puede advenir por añadidura y no se puede hablar de reducción de daños sin situar la dimensión de la subjetividad.

De ahí la necesidad de producir nuevas modalidades de intervención en estas problemáticas. El Psicoanálisis nos da la posibilidad de pensar clínicamente las distintas respuestas del sujeto en relación a la droga y a los daños y también de construir exactamente desde allí nuevas modalidades de intervención en reducción de daños y asistencia de las drogadependencias a ser tomadas en cuenta por las políticas de salud y por las políticas sociales.

La opción no es copiar modelos extranjeros determinados por realidades extranjeras sino readaptar algunos de sus recursos a las particulares coyunturas de cada comunidad y sus problemáticas de drogas.

³⁶ Freud, "Totem y Tabú" 1914.

La opción no es tampoco fomentar la sustitución del objeto droga por ideales, religiones o instituciones cerradas, donde estos sujetos sustituyan su identidad de adictos por la de ex-adictos o persistiendo la alienación la de dependientes por fanáticos. Sino generar un espacio de cuestionamiento de cada problemática en el marco de una intervención psicológica, social y comunitaria que incluye la participación del medio social y familiar fundamentalmente.

Porque sí, debemos ser realistas, y ello implica reconocer la alta incidencia de problemáticas sociales y de salud en los consumidores de drogas, la alta incidencia del HIV/SIDA en los drogadependientes por vía endovenosa, la expansión tanto del consumo de drogas como de los daños asociados a él, fundamentalmente los costos sociales y subjetivos de la penalización y el rotundo fracaso de las políticas públicas para prevenir y resolver estas cuestiones. Y también debemos pedir lo imposible, y trabajar para lograrlo. Trabajar para modificar la política oficial centrada en la droga y en la abstinencia y para lograr la inclusión en Latinoamérica del modelo de reducción de daños en general y los programas de cambio de jeringas, en particular en los países cuya realidad epidemiológica en cuanto a uso de drogas inyectables lo demanda. Trabajar en suma, para la efectiva prevención de los daños sociales, sanitarios y subjetivos en los usuarios de drogas en general.

Sabemos, sin embargo, que no podemos aguardar a que estos cambios se produzcan mágica, ni espontáneamente. Es nuestro trabajo, en investigación, formación, asistencia y prevención, en nuestras instituciones, en nuestras Universidades y en cada una de nuestras ciudades lo que puede producir este cambio. Lo que podrá hacerlo “*posible*”.

Actividad física:

La actividad física es cualquier movimiento corporal intencional, realizado con los músculos estriados esqueléticos, que resulte un gasto de energía y en una experiencia personal, y nos permite interactuar con los seres y el medio que nos rodea.³⁷

La actividad física también es una de las muchas experiencias que vive un ser humano, estas experiencias nos permiten aprender y valorar pesos y distancias, vivir y apreciar sensaciones muy diversas y adquirir conocimientos de nuestro entorno y de nuestro cuerpo.³⁸

El movimiento del organismo es esencial para la configuración de acontecimientos fijos y repetitivos en el medio cambiante y móvil; si contemplamos materia inerte o vegetación estática, nuestros sentidos continúan recibiendo impresiones de movimiento, pues un organismo vivo se muere y nunca se halla en completa quietud antes de morir.³⁹

Los movimientos del esqueleto se producen en el espacio, en diferentes momentos y en un medio social y humano, y muy rara vez de otro modo.⁴⁰

Efectos de la actividad física en:⁴¹

Sistema cardiovascular:

- Protección contra infarto
- Economía de las funciones cardíacas

³⁷ Devís Devís J. y Peiró Velert C. "Actividad física, deporte y salud", Inde publicaciones, Barcelona, 2000.

³⁸ En la precaución de entender que más allá de lo que el aforismo dice "todo hacer es conocer y todo conocer es hacer" sería un error mirarlo como aquello que ocurre solo en relación con el mundo que nos rodea, en el plano puramente físico, según idem. de Humberto Maturana, 1996.

³⁹ Moshe Feldenkrais, "la dificultad de ver lo obvio", Paidós, Bs As, 1991. pg. 33.

⁴⁰ Moshe Feldenkrais, "la dificultad de ver lo obvio", Paidós, Bs As, 1991. pg 36.

- Disminución de la tensión arterial
- Protección contra la arteriosclerosis
- Disminución del pulso en reposo y del ejercicios
- Aumento de la circulación cerebral
- Incremento de la capilarización

Metabólico:

- Disminución del peso
- Estabilidad de la glicemia
- Protección contra alteraciones ateroscleróticas
- Gasto calórico adicional
- Disminución de la grasa subcutánea
- Elevada tolerancia a la glucosa y sensibilidad a la insulina
- Disminución del LDL y VLDL
- Aumento del HDL
- Disminución del ácido úrico

Aparato locomotor:

- Disminución de trastornos articulares
- Aumento del rendimiento

⁴¹ Daniel, Airasca, Norberto, Alarcón, Entrenador personal en salud y fitness, 2001, Modulo I, pg. 11, Grupos de estudios 757.

- Mejor función protectora a través de un fuerte “corset” muscular
- Base de sustentación sólida y efectiva
- Incremento de la flexibilidad
- Descarga y distribución equitativa del peso en relación a los segmentos corporales
- Fortificación de paravertebrales, lumbares, abdominales, etc.
- Tonificación e incremento de la masa muscular.

Componente Psico- social.

- Aumento de la tolerancia, estrés físico y social.
- Compensación de la energía vital
- Sueño reparador después del ejercicio
- Estabilización del sistema vegetativo
- Aumento del nivel de rendimiento
- Construcción de un tipo de conducta diferente. Factor de protección psicosomático
- Comunicación con los compañeros del grupo
- Revalorización de la persona

Aparato respiratorio:

- Aumento de la previsión de O₂ con menor trabajo respiratorio
- Incremento de la coordinación y flexibilidad de músculos respiratorios

- Mejora de la capacidad vital y aumento del consumo de O₂
- Optima ventilación
- Disminución de la frecuencia respiratoria en reposo y ejercicio
- Aumento de la elasticidad pulmonar
- Mover volumen de reserva inspiratorio

Cualidades físicas

Fuerza es la capacidad del sistema neuromuscular de superar resistencias a través de la actividad muscular (trabajo concéntrico), de actuar en contra de las mismas (trabajo excéntrico) o bien de mantenerlas (trabajo isométrico).⁴²

Flexibilidad es la capacidad para desplazar una articulación o una serie de articulaciones a través de una amplitud de movimiento completa, sin resistencia, ni dolor.⁴³

Propiocepción es la conciencia de la posición de las extremidades y la cinestesia como la conciencia del movimiento de las articulaciones.

La propiocepción consciente es esencial para un funcionamiento apropiado de las articulaciones en las actividades cotidianas y las tareas laborales como en el deporte. La propiocepción inconsciente modula la función muscular e inicia la estabilización refleja.⁴⁴

⁴² Grosser, M, Müller, H, Desarrollo Muscular, Barcelona, Hispano Europea, 1989.

⁴³ Alter MJ: The science of stretching, Champaign, III, 1988, Human kinetics Publishers.

⁴⁴ Mountcastle VS: Medical physiology, Ed 14 St. Louis 1980, Mosby.

Técnicas corporales, esquema corporal

Nuestro medio terapéutico más importante es la capacidad de conectarse, de interactuar con el mundo externo, el propio cuerpo y el cuerpo de los demás.

Las zonas más y menos sensibles, notamos si hay zonas ausentes y que pueden ser re-despertadas con el toque de las propias manos, la ropa, el piso de objetos como pelotas de tenis, cañas de bambú, etc. Orientamos la atención para reconocerla debajo de la ropa, y esto se puede realizar en cualquier momento del día. Descubrimos si la ropa nos es realmente cómoda, si nos permite vivir el cuerpo con holgura ó si por el contrario tendemos a aprisionarnos entre cinturones, zapatos, sacos ó pantalones ajustados, texturas que nos puedan irritar sin darnos cuenta con las consiguientes tensiones e incomodidades a las cuales nos vamos sometiendo. Al estimular, re-sensibilizar la piel estamos entrenando por un lado la capacidad de registrar texturas y temperaturas y por otro lado a profundizar la imagen de la envoltura viviente (límite ó frontera) de nuestro cuerpo.

Experimentamos contacto directo con los objetos, por ejemplo, al entregar el peso del cuerpo al piso ó a un banco ó silla a través de los puntos de apoyo. También cuando sostenemos una caña de bambú entre dos dedos incorporando el espacio de este objeto al espacio del propio cuerpo. (“El despertar del cuerpo”)

Sensación: Es proceso y resultado del registro de la realidad a través de los sentidos, punto de partida de la conciencia tanto del propio cuerpo, como del mundo externo. La sensación es la unidad del conocimiento.

Percepción: Sobre una base donde se articula la herencia cromosómica, orgánica, psíquica y social, es una estructura compleja donde se integran los resultados de los registros sensoriales, los aportes de la zona de la memoria, los contenidos afectivo-emocionales, el nivel de irrigación sanguínea y el nivel de funcionamiento hormonal.

Sensopercepción: Como momento en el proceso de conocimiento, es la unidad de todo el funcionamiento expresivo biopsíquico y social del hombre.

Sensopercepción: Nombre adoptado por Patricia Stokoe para su trabajo mediante el cual se profundiza conscientemente sobre la imagen corporal y la afectividad para adquirir una mayor sensibilidad en general pudiendo así surgir imágenes constantemente renovadas que hacen al enriquecimiento de la propia danza y de la propia vida. Es entonces un conjunto de prácticas metódicas hacia el conocimiento de uno mismo y el desarrollo de un lenguaje corporal propio.⁴⁵

Postura

La postura humana es un equilibrio dinámico, a pesar de lo que implica la “situación” estática. Una postura es buena si permite recobrar el equilibrio luego de una gran perturbación.

La postura humana permite realizar una variedad tal de movimientos que resulta apropiado calificar al hombre rey del mundo animal. Ya hemos visto que en el centro de la gravedad está situado muy alto debido a la altura de la cabeza, los hombros y los brazos.⁴⁶

La postura es la expresión somática de emociones, impulso y regresiones; cada uno refleja inconscientemente en la actitud exterior la propia condición interior, la propia personalidad.

⁴⁵ Este artículo forma parte del trabajo preparado por Marina Gubbay y Déborah Kalmar para el Ier Congreso de Enseñanza Artística, La Habana, Cuba, 1989, y revisado en 1999.

⁴⁶ T.P de Kinefilaxia, Guillermina Crippa, “Salud Postural”, Rosario, 2001

Por ejemplo si una persona se encuentra cansada, abatida va a presentar los hombros caídos, el dorso curvo y el cuello deprimido.

Existen tres factores que modifican la postura:

1. Los factores hereditarios y familiares.
2. La enfermedad
3.
 - La reactividad psicofísica emocional
 - Los hábitos
 - El ejercicio físico.

OBJETIVO GENERAL

Determinar los beneficios de la actividad física en el marco del Plan de reducción de daños.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Analizar cambios en las cualidades físicas y cambios posturales derivados del consumo de drogas.
- Analizar los efectos que produce la actividad física en grupos de jóvenes adictos en situación de exclusión social incluidos en Plan de Reducción de Daños.

METODOS Y PROCEDIMIENTOS

- **Tipos de Estudio:**

- Trabajo de campo
- Experiencia de intervención
- Descriptivo
- Cualitativo
- Seccional

- **Área de Estudio:**

La investigación fue realizada en el centro de atención primaria de salud General San Martín ubicado en la calle Chubut 7145; Es el principal centro de la zona oeste, es uno de los 48 centros de la municipalidad de Rosario, conformando la red de salud pública.

- **Población objetivo:**

El estudio se realizó durante el periodo de octubre de 2002 a octubre de 2003.

La población está constituida por pacientes que cumplían con los siguientes requisitos:

- Sexo: masculino
- Edad. 20 (veinte) a 30 (treinta) años.
- Consumir alguna de estas sustancias:
 - Inyectables (cocaína)
 - Orales
 - Pastillas (anfetaminas, LSD)

- Fumar (tabaco, marihuana)
- alcohol
- Inhalatorias (cocaína, crack, LSD, anfetamina)
- Pertener a la zona oeste de la ciudad de Rosario.
- Que pertenezcan al plan de reducción de daños.

- **Sujeto:**

No constituían la totalidad del grupo de reducción de daños. La asistencia era voluntaria y hubo 15 (quince) pacientes que cumplimentaban con los criterios de inclusión preestablecidas.

- **Procedimientos y tratamientos:**

Para el presente trabajo se realizó una intervención grupal semanal de 1 (una) hora de depuración. Las reuniones de equipo interdisciplinarias eran mensuales.

Previo al tratamiento de cada paciente se tomaron datos personales y ficha de evaluación postural. (Anexar)

- **Instrumentos de recolección de datos:**

- Observación participante
- Evaluación postural y test de flexión de pie. (TFP)
- Entrevista abierta: disparador esquema corporal antes y después de clases.
- Ficha de síndrome de lipodistrofia

DESARROLLO

1er. Encuentro: miércoles 02/10/02.

Nos recorrimos el policlínico buscando un lugar para charlar, terminamos en la cocina de la guardia. Era el primer día que había visto al señor Miguel Lottero, el “negro”, un ser tan especial que hizo que mis miedos y prejuicios desaparezcán, me transmitió tanta seguridad, tanto apoyo y compañerismo que no dude en emprender este proyecto juntos. El negro me comento lo que él hacia con los chicos. Ej. Leer y comentar libros, manualidades con papel y cada uno creaba lo que sentía barcos, aviones y le daban un significado.

Ni bien puede le informe a Soledad (mi compañera) y quedamos en que el miércoles siguiente íbamos juntas. Nuestro mayor temor era enfrentarnos al grupo.

2do. Encuentro: miércoles 09/10/02.

Nos juntamos en la farmacia, hablamos de nuestros miedos, objetivos y ganas de seguir con esto. Entregamos un análisis de VIH. Empezamos a plantear ¿Cuándo y donde? Para no discriminar, ni andar bollando por ahí, a la deriva.

3er. Encuentro: miércoles 16/10/02.

Nos juntamos en la sala de T.O (terapia ocupacional) los cuatro ya que Fernanda, la que nos propuso la idea, nos daba el OK para usar los jueves de 14:30 hs. a 15:30 hs. el gimnasio. Ya que no queríamos aislarlos los juntamos con el resto de los pacientes, pero utilizando dos habitaciones distintas.

Fue un encuentro especial ya que por un lado se concretaban todas nuestras ideas y por otro, el negro me cuenta como empieza con promusida, un poco de historia de su vida.

Quedamos en ver como nos presentábamos.

4to. Encuentro: miércoles 23/10/02.

Estuvimos en la Farmacia, conocimos a Mauro, un chico ex adicto, y compartimos un dialogo muy nutritivo, nos cerraron muchas cosas de que es lo que ellos sienten y de que nuestro trabajo va a ser muy útil ya que su esquema corporal esta alterado.

Planteamos hacer una fichita para presentarnos y recolectar datos e inaugurar el espacio con torta y un vasito de jugo.

Se terminaron las reuniones previas, manos a la obra.

1er. Encuentro con los chicos: Jueves 24/10/02.

Estuvimos con Mauro, nos presentamos, lleno la fichita y trabajamos un poco de colchoneta y sesopercepción. Lo encontramos muy acertado, con dificultada en su esquema corporal ya que se le daba una orden y le costaba sino se le mostraba o se hacia pasivamente. Se le pidió que camine y alongué ya que el no hace ningún tipo de actividad. Lo volvemos a ver en diciembre ya que el vive en Montevideo y viene a pagar una condena a Rosario cada dos meses.

Brindamos y comimos torta para inaugurar el espacio. Los presentes eran Mauro, el negro (Miguel), Victoria, Laura, Iván, Fernanda, Soledad y yo.

2do. Encuentro: Jueves 31/10/02.

Nos presentamos frente a Marcelo y Jorge. Hicimos un trabajo de sensopercepción del sacro, mostrándole previamente como es ese hueso, donde esta ubicado y cuales son los movimientos que posee. Respondieron muy bien y se hablo a cerca de la fichita.

3er. Encuentro: Jueves 07/11/02.

Empezamos trabajando con Marcelo un ejercicio de sensopercepción de cabeza, luego llegó Jorge y Fernando (el cual se había enterado por Vanesa de promusida).en seguida se integraron y trabajaron entre ellos. Se fueron muy contentos.

4to. Encuentro: Jueves 17/11/02.

Se trabajo con ejercicios respiratorios, respiración diafragmática, sollozo inspiratorio, en postura de descanso, o sea acostados con rodillas semiflexionadas para que apoye mejor la parte lumbar.

5to. Encuentro: Jueves 21/11/02.

Se sumaron al grupo Gustavo y Miguel (el cual poseía una herida de arma de fuego en su pierna derecha).

Trabajamos columna, se les mostraron imágenes de previas y se les pidió que reconocieran los cuerpos vertebrales, que hagan presiones y que estiren los paravertebrales. Los hicimos trabajar en parejas Gustavo junto con Marcelo y Miguel con Jorge.

6to encuentro: Jueves 28/11/02.

Llegaron tardes y les dije que el horario se respetaba, que nos prestaban el gimnasio por una hora, no más, por lo que si ellos no cumplían con el horario se perjudicaban.

Trabajamos pie, masajes, reconocimiento, movilizaciones y con la pelotita de tenis presiones. Les comente, debido a sus inquietudes, que en el pie esta reflejado nuestro cuerpo y que se le llama reflexologia y me pidieron que les enseñara.

7mo. Encuentro: Jueves 05/12/02.

Les lleve un dibujito con los puntos principales y les conté algo de la historia de la reflexología.

Trabajamos en parejas nuevamente Marcelo con Gustavo y Miguel con Jorge. Comenzamos por el plexo solar acompañado con respiraciones; recorrimos todo el pie y luego terminamos con respiraciones otra vez junto con el plexo solar.

Cuando terminamos nos quedamos hablando y Marcelo dijo que no le había gustado la clase anterior, Miguel saltó y le dijo que no me bardeará. Entonces yo les explique que me parecía muy bien en que me digan que es lo que les gusta y lo que no, y que no a todos nos gusta lo mismo, por suerte. Y que no se olviden de que en esto estamos aprendiendo y creciendo juntos.

8vo. encuentro: Jueves 12/12/02.

Hicimos trabajos de flexibilidad acompañados por respiración. Lo dividimos en dos partes primero todo miembro superior y luego miembro inferior. Terminamos recostados en el piso con las piernas semiflexionadas, apoyando bien la columna lumbar y tomando conciencia de nuestro peso en los puntos de apoyo; todo esto acompañado con ejercicios de respiración diafragmática.

9no. Encuentro: Jueves 19/12/02.

Empieza un chico jovencito nuevo, Mario. Los chicos estaban un poco excitados por los que se les da un circuito el cual consta de flexiones, abdominales, paralelas y jaula. Una vez que bajaron los desiveles un poco se comienza con el trabajo de flexibilidad.

10mo. encuentro: Jueves 26/12/02.

Hicimos una reunión en la cual se les explico que en un mes retomábamos, se les regalo y se les leyó un cuento de Bucal (la alegoría del carruaje), comimos torta y sacamos una foto.

Esta etapa fue de adaptación tanto por parte de ellos como de nosotras ya que manejábamos distintos códigos y de conocimiento de su propio cuerpo.

Receso

1er. Encuentro: Jueves 09/02/03.

Hablamos de cómo se habían encontrado en este tiempo sin atención, nos refirieron falta de contención, recaídas. Notamos una dependencia importante.

2do. Encuentro: Jueves 13/02/03.

Estuve sola con los chicos. Marcelo no trabajo porque no se sentía bien. Miguel estaba fumado y me lo negó toda clase, le pedí que se retire que si no pensaba trabajar se fuera, lo eché, pero se quedo y trabajo muy bien. Trabajamos fuerza de miembro superior, abdominales y elongación de todo el cuerpo.

A la salida me esta esperando y me pidió disculpas, me dijo que él no sabia que yo sabia tanto, en ese momento le conteste que el no me conoce, que no me subestime., que no sabe que hago, ni con quien me junto.

Le planteo que necesidad de hacerlo antes de entrar al espacio ya que supuestamente a él le encantaba venir y en seguida me respondió “ninguno, perdóname, nunca más lo voy a hacer”.

En esa misma charla me pidió que por favor agreguemos un día más a la semana, que con uno no les alcanzaba y le dije que mientras me pagan así yo no iba a ser más nada por ellos.

3er. Encuentro: Jueves 20/02/03.

Trabajamos abdominales, fuerza y coordinación del miembro superior, elongación, siempre poniendo hincapié en miembro inferior y terminamos con ejercicios respiratorios. Gustavo tenía una gasa en el brazo y me termino mostrando, era una infección horrible, se había inyectado cocaína diluida en agua de zanja, en ese momento le dije que había cosas que jamás iba a entender y me dijo que si que nunca iba a entenderlos del todo.

4to. Encuentro: Jueves 27/02/03.

Ingresaron dos chicos nuevos José y Gustavo Ariel. Llegaron todos un poco excitados por lo que optamos por hacer un circuito que los canse y luego poder trabajar flexibilidad y un poco de relajación acompañado por ejercicios respiratorios.

5to. Encuentro: Jueves 06/03/03.

Se hizo un trabajo muy lindo, de coordinación y fuerza de miembro superior, abdominales, flexibilidad y ejercicios respiratorios al aire libre.

6to. Encuentro: Jueves 13/03/03.

No entraron, estaban todos afuera, menos Miguel, fue muy triste se hacían los que no nos veían.

7mo. Encuentro: Jueves 20/03/03.

Se les llamo la atención, se les dijo que si ellos no querían venir más poníamos a otro grupo. Se trabajo muy bien. Marcelo no fue.

8vo. Encuentro: Jueves 27/03/03.

Les volví a hablar sobre su actitud, se justificaron, pero les quedo claro que no estaba bien y que por lo menos podían venir a decirnos hoy no vamos a entrar.

Se les comento que había un congreso de atención primaria de salud y se los invito a participar. Ese día les pedí que para la próxima me traigan escrito lo que sentían en el espacio. Se sumo Gabriela, psicóloga, al grupo.

9no. Encuentro: Jueves 03/04/03.

Les comente que era lo que íbamos a decir en el congreso, charlamos, se sacaron sus dudas o miedos.

Gustavo nos planteo si teníamos objetivos, tiempos, entonces les explicamos que nosotras sí pero que estamos actuando bajo una crisis, no era un ofrecimiento que por eso tenia déficit como equipo.

Se trabajo sensopercepción de cabeza y sacro.

10mo. Encuentro: Jueves 10/04/03.

Arreglamos para el congreso, se les dio las tarjetas de colectivo para que puedan llegar hasta la rural, lugar donde se hacia el congreso.

11vo. Encuentro: Jueves 17/04/03.

Los felicite y les agradecí por su participación en el congreso.

Trabajamos flexibilidad de todo el cuerpo, acompañado por ejercicios respiratorios.

12vo.Encuentro: Jueves 24/04/03.

Los chicos estaban muy excitados por lo que se trabajo un circuito y una vez que se cansaron bien empezamos con trabajos de respiración y sensopercepción en una posición horizontal.

13 Encuentro: Jueves 08/05/03.

Los chicos estaban otra vez muy excitados y me contaron que le habían cambiado la metadona (la droga de sustitución) por una droga nueva. Por lo que intentamos calmarlos a través de actividades que impliquen grandes grupos musculares para después poder realizar ejercicios respiratorios y de senso.

Los primeros encuentros fueron principalmente para concienciar el esquema corporal que estaba muy alterado.

14 encuentro: Jueves 15/05/03.

Comienza Fabián, un chico con VIH/Sida, él ya hacia unos años que no se drogaba más, tomaba retrovirales y tenía una retracción posterior muy importante, eso llevaba a una mala postura.

15 Encuentro: Jueves 22/05/03.

José no asistió ya que lo habían herido en el cuello, Gustavo nos contó, que hubo un enfrentamiento en la villa donde viven.

16 Encuentro: Jueves 29/05/03.

Jorge deja de asistir por problemas legales.

17 Encuentro: Jueves 05/06/03.

Gustavo llegó después que terminó la clase y me contó (“me mande una macana”) que recién salía de la comisaría y toda la historia de su vida.

18 Encuentro: Jueves 12/06/03.

19 Encuentro: Jueves 19/06/03.

20 Encuentro: Jueves 26/06/03.

21 Encuentro: Jueves 03/07/03.

22 Encuentro: Jueves 10/07/03.

23 Encuentro: Jueves 17/07/03.

24 Encuentro: Jueves 24/07/03.

25 Encuentro: Jueves 31/07/03.

26 Encuentro: Jueves 07/08/03.

27 Encuentro: Jueves 14/08/03.

28 Encuentro: Jueves 21/08/03.

29 Encuentro: Jueves 28/08/03.

30 Encuentro: Jueves 04/09/03.

31 Encuentro: Jueves 11/09/03

32 Encuentro: Jueves 18/09/03.

33 Encuentro: Jueves 25/09/03.

34 Encuentro: Jueves 02/10/03.

35 Encuentro: Jueves 09/10/03.

36 Encuentro: Jueves 16/10/03.

37 Encuentro: Jueves 23/10/03.

38 Encuentro: Jueves 30/10/03.

En esta instancia se repasaron los ejercicios de senso y se trabajo coordinación y flexibilidad. Siempre volviendo a la calma con ejercicios respiratorios.

Trabajamos al aire libre, y en esta última instancia hicimos mucho hincapié en clases de flexibilidad y ejercicios respiratorios. Recomendamos que realicen algún tipo de actividad.

Los integramos a un grupo de gimnasia de hombres que tenía el kinesiólogo a cargo en ese momento.

Las clases estaban planificadas en tres partes, la primera entrada en calor y reconocimiento de sus estructuras óseas; la segunda en los ejercicios de sensopercepción propiamente dichos, flexibilidad o circuitos; y el tercero en la vuelta a la calma que constaba del reconocimiento nuevamente, en ejercicios respiratorios y flexibilidad. Hay que tener en cuenta que depende mucho de cómo llegan los chicos y tener la capacidad de adaptarse a cambios sobre la marcha.

Reunión interdisciplinaria: Miércoles 09/04/03.

Los presentes éramos: Miguel Lottero (promusida), Claudio Bertone (medico clínico), Claudia (farmacia), Eugenia (Músico-terapeuta), Alejandra (psicóloga y directora del centro) y nosotras. Se hablo de que por qué ellos no comparten esto, de su exclusividad, que tienen miedo a lo desconocida por qué ahora tanto para nosotros, así de golpe, que tenemos que trabajar con un mismo objetivo, que no lo estamos haciendo y es un error nuestro y ellos lo perciben. Cuidado con las actitudes de los chicos un día esta uno de nosotros allá arriba y al otro día a bajo.

Reunión interdisciplinaria: Miércoles 14/05/03.

Se trato el tema de la sustitución de drogas ya que los chicos se quejaban que no estaban bien, que les daba más ganas de seguir de “caravana”. Claudio decidió sin consultar que volvía a la droga anterior (metadona).

Reunión interdisciplinaria: Miércoles 18/06/03.

Se planteo el tema de que no se estaba trabajando en equipo, y que de esta forma no íbamos a tener buenos resultados.

Domingo 13 de abril del 2003 a las 9:30 hs. en la Rural.

Congreso de Atención Primaria de Salud.

Uno de los chicos. Miguel, llevo mal, “pasado” y Gustavo estaba enojado con su pareja, tenia mucho miedo que saliera todo mal, entonces les pedí que dejemos de lado por un rato todo eso y que después nos sentábamos a charlar de lo que quieran pero que ahora era su lugar, su espacio, nuestro espacio me dijeron.

Pasamos como había poco tiempo dimo una pequeña introducción pero en seguida empezaron lo s chicos. Comenzó Gustavo y lo siguió Miguel, fue tan hermoso, tan gratificante, ver que todas las ganas, el amor, la energía que uno pone dan sus frutos.

No es fácil pararse frente a treinta y pico de personas y decir si yo consumo y estoy haciendo esto para cambiar. Los chicos terminaron leyendo:

CUANDO:

Vayan mal las cosas,
Como a veces suelen ir;
Cuando ofrezca tu camino
Solo cuestas que subir;
Cuando tengas poco haber,
Pero mucho que pagar,
Y precisas sonreír aún
Teniendo que llorar;
Cuando el dolor te agobie
Y no puedas ya sufrir;
Descansar acaso debes...
¡PERO NUNCA DESISTIR!

RESULTADOS:

➤ Evaluación Postural:

Cantidad de Pacientes	Inicial	Post. Intervención
7	Cifosis funcional	Revirtió
3	Escoliosis dorsal derecha y lumbar izquierda funcional	Mejóro la postura
3	Hiperlordosis	Revirtió
2	Cifoescoliosis funcional	Mejóro la postura

En el 100 % (ciento por ciento) de los pacientes las alteraciones posturales funcionales Revirtieron adoptando una postura fisiológica.

➤ Test de flexibilidad: (test de flexión de pie)

Los 15 (quince) pacientes presentaban una retracción muy importante de la fascia posterior, que fue cediendo hasta volver a la normalidad.

➤ Entrevista Abierta:

A la pregunta disparadora ¿Como sentís tu cuerpo?

- Al inicio se obtuvieron las siguientes respuestas:
 - ...”dolor de espalda, cansancio general”...
 - ...”mi cuerpo se desgasta de apoco”...
 - ...”dolor en mi cuerpo y en mi corazón”...
 - ...”bajón, no te dan ganas de nada”... ⁴⁷

⁴⁷ palabras textuales de los chicos, ver anexo.

Evidentemente presentaban un esquema corporal muy alterado y acortamientos musculares que les causaban dolor y molestias.

- Al final de la intervención:
 - ...”una hora menos de humo”...
 - ...”cambiar mis tiempos...despojarme de la calle”...
 - ...”este espacios vinculado con ejercicios físicos ha contribuido en mi mejora con el abuso de drogas”...
 - ...”relacionarnos con lo que mejore nuestra calidad de vida”...
 - ...”mi distancia con las actividades físicas...este nos eleva a una mejor calidad de vida”...
 - ...”un largo tiempo de lucha entre dejar el consumo con una idea de abstinencia, siempre he caído en fracasos y censuras”...
 - ...”los ejercicios de respiración, elongación masajes eran cosas lindas que me había olvidado de sentir”...
 - ...”noto lo cambios y se que mejore bastante”...
 - ...”estas actividades son buenas porque lo que tenemos que lograr y volver a sentir los placeres de las cosas sanas y a pesar de todo se puede mejorar la calidad de vida”...⁴⁸

Es notoria la mejoría que expresan los chicos y la que se observa.

➤ **Participación en el congreso:**

1as. Jornadas de salud y participación popular

APS Atención Primaria de Salud

Rosario, 11, 12 y 13 de abril de 2003.

⁴⁸ Ver anexo, extraídos de las entrevistas abiertas de los chicos

Reducción de daños en pacientes adictos- Kinefilaxia como dispositivo de intervención.

Los chicos fueron los que expusieron un taller contando su experiencia sobre la actividad física incorporada al plan de reducción de daños.

CONCLUSIÓN

Sucintamente se puede decir lo siguiente:

- ✓ Los beneficios que aporta la experiencia de intervención desde el punto de vista kinésico son positivos (de acuerdo a los instrumentos de medición) mejora la postura, la flexibilidad y el esquema corporal.
- ✓ Que además de lo específicamente kinésico, la intervención trajo aparejados beneficios en relación a la recuperación integral del paciente.
 - Genera mayores niveles de contención social lo que permite mantenerlos lejos de la calle.
 - Es una actividad reconocida, por los pacientes, como placenteras.
 - Contribuye a la asunción de mayores responsabilidades por parte del paciente.(día y hora fija, sacarlos de los código para incluirlos en las normas de convivencias)
 - Contribuye a generar un sentido de conciencia respecto de la voluntad de volver a pertenecer y reinsertarse socialmente. Necesidad manifiesta de dejar de ser un marginal social.

A la luz de estos resultados, podemos confirmar que la actividad física en el marco del Plan de Reducción de Daños produce beneficios. Sería deseable que se incorporara orgánica y sistemáticamente al programa en todos los centros de salud con el fin de afinar su inserción y su aplicación según las necesidades y exigencias particulares y de ese modo mejorar su rendimiento general.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- **Airasca Daniel, Alarcón Norberto**, Entrenador personal en salud y fitness, 2001.
- **Baratta A** (1994) “Introdução a uma sociologia da droga” En “Drogas e AIDS” Ed. Hucitec, San Pablo.
- **Bastos I** (1996) “Ruina e reconstrução. AIDS e drogas injetáveis”. De. Abia, Relume, Río de Janeiro.
- **Benetucci, J.** (1996) “Aspectos clínico-epidemiológicos de la infección por HIV/SIDA” en “Drogadependencias; reflexiones sobre el sujeto y la cultura” Silvia Inchaurrega Comp. Ed. Homo Sapiens. Rosario.
- **Berger P. y Luckmann T.:** "La construcción social de la realidad" Ed. Tusquets
- Boletín Oficial de Estado 11/10/89 “Legislación Penal de Estupefacientes”, Buenos Aires.
- Boletín sobre el SIDA en la Argentina. Ministerio de Salud y Acción Social. Programa Nacional de lucha contra los retrovirus del Humano, Sida y ETS (1998) N° 14, Julio.
- **Bourdieu P. y Wacquant L. J. D.:** "Respuestas" Ed. Grijalbo
- **Busquet Léopold**, Las cadenas musculares, Tomo III, La pubalvia, Ed. Paidotribo, Barcelona, 2000.
- **Busquet Léopold**, Las cadenas musculares, Tomo IV, Miembro inferior, Ed. Paidotribo, Barcelona, 2000.
- **Castaño Pérez G.** (Colombia), Fresco M (Paraguay), Lo Valvo R. (Argentina). “Workshop: Reducción de Daños en Sudamérica” (1998) 9° International Conference in the Reduction of Drug Related Harm, San Pablo.

- **Castel, R. y Coppel. A.** 1994. Los controles de la toxicomanía en: Individuos bajo influencia (Ehrenberg A. Compilador) Nva. Visión, Bs.As., Argentina.
- **Castoriadis C.:** "Los dominios del hombre: las encrucijadas del laberinto" Gedisa
- CD Rom PMSida3
- "Etnografía de la droga. Valores y creencias en los adolescentes y su articulación con el uso de drogas", 1998, Espacio Editorial, Bs.As., Argentina.
- **De San Martín Sergio,** Kinesiología Deportiva, tomo I, 2003, Material de cátedra.
- Centro de Estudios Avanzados en Drogadependencias y SIDA (CEADS) de la UNR y Asociación de Reducción de Daños de la Argentina (ARDA).
- **Ehrenberg, A.** 1994. Un mundo de funámbulos en: Individuos bajo influencia, op.cit.
- **Escohotado A.** (1990) "Historia general de las drogas" Tomos I-II-III. Ed. Alianza, Madrid, 1990.
- **Escohotado, A.** Historia de las drogas, 1996. Alianza Editorial, Madrid, España.
- **Feldenkrais Moshe,** La dificultad de ver lo obvio, Ed. Paidos, Buenos Aires, 1991.
- **Fisher B., Inchaurrega S., Siri P., Gliksman L.** (1999) "Methadone treatment, training, and research pilot project in Rosario, Argentina" en Global Research Meeting, National Institute of Drug Abuse, NIDA, en prensa.
- **Fisher B., Medved W., Gliksman L.** (1997) "Profile of untreated and illicit opiate users in Toronto, Canadá." Addiction Research Foundation. Toronto University.
- **Freud S** "El malestar en la cultura" (1929) Obras Completas. Tomo Amorrortu. Buenos Aires.

- **Freud S.** "Psicología de las masas y análisis del yo" (1921) Obras Tomo XVIII. Ed. Amorrortu. Buenos Aires.
- **Freud S.** "Totem y Tabú" (1912) Obras Completas, Tomo XIII. Ed. Amorrortu, Buenos Aires.
- **Freud, S.** El malestar en la cultura, 1996. en: Obras Completas, Amorrortu, Bs.As., Argentina.
- **Furst, P.T.** Alucinógenos y cultura. 1994, Fondo de Cultura Económica, México.
- **Garapon, A.** El toxicómano y la justicia, ¿Cómo restaurar el sujeto de Derecho? En: Individuos bajo influencia, op.cit.
- **Gergen J.:** "El Yo saturado" Paidós
- **Inchaurrega S.** (1995) "Drogadicción y SIDA; Estudio de los efectos sociales y subjetivos de las políticas de salud "en "El SIDA en la cultura", Ed. Homo Sapiens, Rosario.
- **Inchaurrega S.** (1998) "How to reduce harm within the argentine drug policy" en "Epidemiology and Prevention" Monduzzi Editore, Bologna.
- **Inchaurrega S.** (1999) "AIDS prevention and drug use; harm reduction interventions on Rosario city, Argentina" 10 International Conference on the Reduction of Drug Related Harm, Ginebra.
- **Inchaurrega S.** (1999) "La reducción de daños en Argentina: Necesidades, mitos y obstáculos" en "Drogas y políticas públicas. El modelo de reducción de daños" Ed. CEADS-UNR, en prensa.
- Informe Epidemiológico sobre VIH SIDA (1997) Promusida. Rosario

- **Labigalini**, E. (1998) “Harm reduction in the use of cannabis by crack addicts in Brazil”, 9 International Conference on the Reduction of Drug Related Harm, San Pablo.
- **Le Breton** David, Antropología del cuerpo y modernidad, Ed. Nueva Visión, Buenos Aires, 1990.
- **Lebeau** B. (1997) “Criminalización del uso personal en Francia y Europa” en “Drogas y Drogadependencias” Silvia Inchaurrega Comp. Ed. CEADS-UNR, Rosario.
- **Lowenstein** W., (1997) “Reducción de daños, uso de drogas y HIV/SIDA en Francia” Conferencia organizada por el Centro de Estudios Avanzados en Drogadependencias y SIDA, Rosario, setiembre.
- **Luna** L. (1998), “ Ayahuasca; an amazonian psychotropic brew, as a tool for the reduction of drug related harm”, 9 International Conference on the Reduction of Drug Related Harm, San Pablo.
- **Lurie** P., (1998) “Quando a ciência e a política colidem: A resposta do governo federal dos EUA aos Programas de troca de seringas” en “Troca de seringas, droga e AIDS”, Brasília, 1998.
- **Lurie** P., Drucker E (1997) “An opportunity lost: HIV infections associated with the lack of a national needle exchange programme in the United States” The Lancet, 394, pág. 604-8.
- **Mac Nally**, M.T., **Menéndez**, M.I., **Rabatzky**,Nélida y **Viale**, Carmen. 1998. Etnografía de la droga. Valores y creencias en los adolescentes y su articulación con el uso de drogas. Espacio Editorial, Bs.As., Argentina.

- **Mesquita F.** (1999) “Dar oportunidad de vivir al usuario de drogas inyectables” en “Reducción de daños y drogas” S. Inchaurreaga Comp. Ed. Homo Spiens, en prensa.
- Ministère de la Santé. (1997) “Médecine et toxicomanes. Traitements de substitution des pharmaco-dependances aux opiacés”. Paris.
- **Morris Desmond**, El mono al desnudo, Ed. Plaza & Janes, Barcelona, 1992.
- **Nadelman E.** (1993) “Progressive legalizers, progressive prohibitionists and the reduction of drug related harm” en “Psychoactive Drugs and Harm Reduction: from faith to science” de Heather N, Wodak A. Nadelman E. y O’Hare P. Edit. Whurr, London.
- **O’Hare P.** (1995),”Apuntes sobre el concepto de reducción de daños” en “La reducción de los daños relacionados con las drogas” Grup Igia. Barcelona.
- **Pichon Rivière. E:** Obras completas. Nueva Visión
- **Restrepo O.** (1998), “Lo ético y lo práctico en el trabajo con niños y adolescentes que viven en la calle”, Revista Análisis, vol. 2 número 1, pág. 106. Medellín.
- **Robirosa M.:** "La Organización Comunitaria" Editado por CENOC. Secretaría de Desarrollo Social de la Nación.
- **Romaní, O.** 1987, Etnografía y drogas. Discursos y prácticas, en : Nueva Antropología 52, México.
- **Romaní,O.** Et al. Repensar las drogas, 1989. Grupo IGIA, Barcelona, España. Antropóloga (UBA). Posgrado en Antropología Social (INA-Fulbright). Carrera de Posgrado en Uso Indebido de Drogas (CEA-UBA). Docente de Posgrado Fac.de Psicología (UBA).

- **Siri P.** (1999) "First substitution treatment (in South America) for chronic opiate addicts in a public Service at Rosario city: 10 months follow up with buprenorphine maintenance" CEADS-UNR. Trabajo presentado a la 10th International Conference on the Reduction of Drug Related Harm, Ginebra 1999.
- **Siri P. Inchaurrega S.** (1999) "Epidemiologic profile of drug addiction on IDU population in Rosario city, Argentina: First approach in the use of Rapid Assessment Methods (RAR)" 10 International Conference on Drug Related Harm, Ginebra
- **Springer, E** "Harm reduction model. For working with drug during the AIDS epidemic" Mersey Drug Training and Information Center. Liverpool, Gran Bretaña.
- **Szasz T.** (1992) "Nuestro derecho a las drogas" Anagrama. Barcelona.
- UNAIDS, WHO (1998) "Report on the global HIV/AIDS epidemic", junio .
- **Vazquez Acuña M** (1997) "Coerción; un factor importante que restringe el acceso al sistema de salud" en "Drogas y Drogadependencias" Inchaurrega S. Comp. CEADS-UNR, Rosario
- **Wodak, A.** (1998) "Redução de Danos e Programas de Troca de Seringas" En Troca de Seringas , Drogas e AIDS. Brasilia.
- **Yaría J.A** (1994) "Zurich-Letten la ciudad de la droga: ¿un nuevo campo de concentración?" En Publicación de uso oficial del Poder Ejecutivo de la Provincia de Buenos Aires.

Datos extraídos de Internet:

<http://ceril.cl>

<http://ekeko2.rcp.net>

<http://isisweb.com.ar>

<http://lectura.ilce.edu.mx3000>

<http://spanish.drusalvage.org>

<http://usuarios.iponet.es>

<http://www.capitannemo.com.ar/sensopercepcion.htm>

<http://www.delcuerpo.com>

<http://www.dia-d-dedroga.org>

<http://www.espiraldialectica.com.ar>

<http://www.geocities.com>

<http://www.larevistilla.com>

<http://www.naya.org.ar>

<http://www.pnud.cl>

<http://www.quipu-instituto.com/pichon/r2.htm>

<http://www.scientology.org>

<http://www.teleline.es>

<http://www.uantof.cl>

www.pmsida.gov.ar

ANEXOS:

FICHA

Nombre:

Edad:

¿Cuanto hace que consume?

¿Qué tiempo consumió?

¿A que edad empezó y por qué?

¿Qué consume o consumía?

¿Cómo sentía su cuerpo?

	Bajos los efectos	Después
Marihuana		
Cocaína		
Pastillas		
Alcohol		

¿Cómo siente Hoy su cuerpo?

¿Qué pieza que va a hacer en este espacio y que es lo que desea hacer?

	Anterior			Lateral			Posterior		
Actitud corporal global				Línea de gravedad antero- posterior	Normal		Línea de gravedad lateral	Normal	
					Adelante			Derecha	
					Atrás			Izquierda	
Cintura escapular	Altura de los hombros	Simétrico					Escapulas aladas	Derecha	
		Elevado der.						Izquierda	
		Elevada izq.							
Pelvis	Espina iliaca antero- superior	Simétrico		Desplazamiento de la pelvis	Retroversión				
					Anteversión				
		Elevado der.			Antepulsión				
		Elevado izq.			Retropulsión				
Columna	Triángulo de la talla	Simétrico		Columna lumbar	Normal		Columna general		
					Hiperlordosis			Normal	
					Aumento der.			Dorso plano	
		Aumento izq.		Columna dorsal	Normal		Signo de Adams		
					Hipercifosis			Positivo	
					Dorso plano			Negativo	

EVALUACIÓN POSTURAL



Con una ciudad con lugar para toos...