

acta

PSIQUIÁTRICA Y PSICOLÓGICA
DE AMÉRICA LATINA

Volumen 64 - N° 3

Buenos Aires - Septiembre 2018

ISSN 0001-6896 (impresa)

ISSN 2362-3829 (en línea)

Editorial

149. **Aproximaciones a la conciencia (II): como imperativo categórico**

HUGO R. MANCUSO

Originales. Trabajos completos

154. **Adaptación del Inventario de cociente emocional para su uso con estudiantes de Psicología**

FRANCO TISOCCO, FLAVIA EUGENIA BRUNO, JULIANA BEATRIZ
STOVER

168. **Gaudibilidad en varones con y sin trastorno antisocial de la personalidad**

MARÍA TERESA MAGALLÓN GÓMEZ, SANDRA M. VILLEGAS
CASTILLO, MARÍA PATRICIA MARTÍNEZ MEDINA, FERRAN PADRÓS
BLÁZQUEZ

Original. Comunicación preliminar

176. **Percepción de calidad de vida y estado de salud en el tratamiento ambulatorio por consumo problemático de sustancias psicoactivas**

NICOLÁS POLIANSKY, CAROLINA GORLERO, DAMIÁN GEMINI,
HENDRÉE E. JONES

Artículo especial

185. **Justificación y viabilidad del *Tratamiento comunitario***

RAQUEL BARROS, ROBERTO CANAY, MARIANA CARROLI, EFREM
MILANESE, IRENE SERRANO, FLORENCIA TUFRÓ

Historia

198. **Medición de inteligencia, normalización y fascismo en la Argentina de los años treinta**

VICTORIA MOLINARI

acta

PSIQUIÁTRICA Y PSICOLÓGICA
DE AMÉRICA LATINA

Volumen 64 - Nº 3

Buenos Aires - Septiembre 2018

ISSN 0001-6896 (impresa)

ISSN 2362-3829 (en línea)

Nota

209. Intervenciones cognitivas en adultos mayores con deterioro cognitivo leve y demencia tipo Alzheimer

MARÍA BELÉN ASCHIERO, LINA GRASSO

216. Rosado si es niña, celeste si es niño: una pregunta para el infante sin género

LUDIVINE BEILLARD-ROBERT

Fundación **acta** Fondo para la Salud Mental

Entidad de bien público sin fines de lucro
Personería Jurídica Nº 4863/66
Inscripta en el Ministerio de Salud Pública y
Acción Social con el Nº 1.777

CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN

Mario Vidal: Presidente

Rodrigo Vidal: Vicepresidente 1º

Edith Serfaty: Vicepresidente 2º

Diana Vidal: Secretaria

Luis Meyer: Tesorero

Fernando Lolás Stepke: Director Técnico

Sede Social: Marcelo T. de Alvear 2202, piso 3º - C1122AAJ - Ciudad de Buenos Aires, R. Argentina
Tel.: (54 11) 4966 -1454

Administración/suscripciones: CC 170, Suc. 25 - C1425WAD - Ciudad de Buenos Aires, R. Argentina
(54 11) 4897 - 7272 int.: 100 - fuacta@acta.org.ar - www.acta.org.ar

Consejos Científicos

Nacional

Roberto Canay
UMSA, USAL, Argentina
Verónica Brasesco
UMSA, USAL, Argentina
Andrés Febbraio
UBA, UMSA
Diego Feder
U. Maimónides, Argentina
Héctor Fernández-Álvarez
U. de Belgrano, Argentina
María de los A. López Geist
APSA, Argentina
Alicia Losoviz
FELAIIBE, Argentina
Humberto Mesones
Ac. Nac. de Medicina, Argentina
Lucía Rossi
UBA, Argentina
María Lucrecia Rovalletti
UBA, CONICET, Argentina
Fernando Silberstein
UBA, UNR, Argentina
Roberto Sivak
U. Maimónides, Argentina
Humberto Tittarelli
CISM, Argentina
Patricia Weismann
UNMDP, Argentina

Internacional

Jorge Acevedo Guerra
Santiago – Chile
Renato D. Alarcón
Lima – Perú; Rochester – EUA
Rubén Ardila
Bogotá – Colombia
Demetrio Barcia
Murcia – España
Helio Carpintero
Madrid – España
Jorge A. Costa e Silva
Rio de Janeiro – Brasil
Otto Dörr Zegers
Santiago – Chile
Alejandro Gómez
Santiago – Chile
René González Uzcátegui
San José – Costa Rica
Itzhak Levav
Jerusalem – Israel
Facundo Manes
Buenos Aires – Argentina
Juan Mezzich
Pittsburgh – EUA
Driss Moussaoui
Casablanca, Marruecos
A. Rafael Parada
Santiago – Chile
Duncan Pedersen †
Montreal, Quebec - Canadá
Héctor Pérez-Rincón
México D.F. – México
Juan Matías Santos
Madrid – España
Norman Sartorius
Ginebra – Suiza
Hernán Silva Ibarra
Santiago – Chile
Carlos Sluzki
Santa Barbara – EUA
Tomás Ortíz
Madrid – España
Benjamin Vicente
Concepción – Chile
Sergio Villaseñor Bayardo
Guadalajara – México
Ana María Zlachevski Ojeda
Santiago – Chile

Comité Honorífico

Francisco Alonso-Fernández
UCM – España.
Fernando Lolás Stepke
Universidad de Chile – Chile.
Luis Meyer
Fundación Acta – Argentina.

acta

PSIQUIÁTRICA Y PSICOLÓGICA
DE AMÉRICA LATINA



Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina es una publicación científica sin fines de lucro, propiedad de la Fundación ACTA Fondo para la Salud Mental, fundada por Guillermo Vidal en 1954, que tiene por objeto fomentar el desarrollo de la psiquiatría, la psicología y las neurociencias en lengua española y sus relaciones interdisciplinarias, en sus varias orientaciones, con las ciencias sociales y los fundamentos epistemológicos y metodológicos de las mismas.

Aparece regularmente cuatro veces al año —en marzo, junio, septiembre y diciembre— en versión impresa (ISSN 0001-6896) y a partir de 2014 y con la misma regularidad, en versión en línea (ISSN 2362-3829).

Incorporada por CONICET y CAICYT al Núcleo Básico de Revistas Científicas Argentinas en el área Ciencias Biológicas y de la Salud. Indexada en LATINDEX, LILACS, PSICODOC, PsycINFO, ESCI-Thomson Reuters, figura en tales registros abreviada como: *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat.*

Director Fundador

† Guillermo Vidal [1917-2000]

Director

Hugo R. Mancuso Universidad de Buenos Aires, CONICET
director@acta.org.ar

Consejo Académico

Ricardo Aranovich Fundación Acta Fondo para la Salud Mental
aranovich@hotmail.com

Pascual Gargiulo Universidad Nacional de Cuyo, CONICET
gargiulo@lab.cricyt.edu.ar

Ana Lía Kornblit Universidad de Buenos Aires, CONICET
alkornblit@gmail.com

Gustavo A. Mäusel Universidad del Museo Social Argentino
gustavo.mausel@umsa.edu.ar

Edith Serfaty Academia Nacional de Medicina, Argentina
edithserfaty@yahoo.com

Gustavo Tafet Universidad Maimónides, Argentina.
psychiatry@maimonides.edu

Secretaría de Redacción

Alejandra Niño Amieva Universidad de Buenos Aires, Argentina.
editor@acta.org.ar

Corrección

María Mercedes Niklison

Traducción

Ana María Morilla

Diagramación

María Rosa Alvarez

Responsable Administrativo

Ignacio Burgo, Fundación Acta Fondo para la Salud Mental, Argentina.
ignacio.burgo@acta.org.ar

Administración

Marcelo T. de Alvear 2202, piso 3° (Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires) C1122AAJ
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, R. Argentina, TE: (5411) 4897-7272;
fuacta@acta.org.ar

Registro Nacional de la Propiedad Intelectual N° 091317

ISSN 0001-6896 (impresa)

ISSN 2362-3829 (en línea)

© Fundación ACTA, Fondo para la Salud Mental. Todos los derechos reservados - Ley 11.723. Hecho el depósito que marca la ley.

Prohibida su reproducción total o parcial por cualquier medio sin previo consentimiento de Fundación Acta. Los artículos y notas firmadas no representan necesariamente la opinión de la revista y son de exclusiva responsabilidad de los autores.

Este número se terminó de imprimir en septiembre de 2018.

Artículo especial

Justificación y viabilidad del *Tratamiento comunitario*

RAQUEL BARROS, ROBERTO CANAY, MARIANA CARROLI, EFREM MILANESE, IRENE SERRANO, FLORENCIA TUFRÓ

RAQUEL DA SILVA BARROS
Magister en Psicología.
Red Americana de Intervención en
Situaciones de Sufrimiento Social
(RAISSS). Ciudad de Sorocaba,
San Pablo, Brasil.

ROBERTO CANAY
Doctor en Psicología. Universidad
del Museo Social Argentino (UMSA),
Universidad del Salvador (USAL).
Ciudad de Buenos Aires,
R. Argentina.

MARIANA CARROLI
Licenciada en Ciencias Políticas.
Universidad del Museo Social
Argentino (UMSA). Ciudad de
Buenos Aires, R. Argentina.

EFREM MILANESE
Doctor en Psicología.
Red Americana de Intervención en
Situaciones de Sufrimiento Social
(RAISSS). Conegliano, Italia.

IRENE SERRANO
Licenciada en Educación.
Red Americana de Intervención en
Situaciones de Sufrimiento Social
(RAISSS). Bucaramanga, Colombia.

FLORENCIA TUFRÓ
Licenciada en Sociología.
Universidad del Museo Social
Argentino (UMSA). Ciudad
Autónoma de Buenos Aires
(Argentina).

FECHA DE RECEPCIÓN: 14/07/2018
FECHA DE ACEPTACIÓN: 14/08/2018

CORRESPONDENCIA
Dr. Roberto Canay.
Av. Corrientes 1723, C1042AAD.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires;
robertocanay@gmail.com

El *Tratamiento comunitario* es una propuesta latinoamericana de trabajo con comunidades en situación de alta vulnerabilidad. Ésta se basa en el trabajo con redes naturales o no formales para reforzar procesos de integración social y atención comunitaria a personas, familias, grupos o redes particularmente fragilizadas. En este trabajo se describen sus orígenes, las características esenciales del punto de vista conceptual y metodológico y se presentan datos relacionados con su implementación en el marco de las políticas de la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas (Sedronar, Argentina) evidenciando algunos de sus resultados, implicaciones, innovaciones y dificultades.

Palabras claves: Comunidad – Drogas – Integración social – Políticas públicas.

Justification and Feasibility of Community Treatment

Community treatment is a Latin American proposal to work with communities in situations of high vulnerability. It is based on working with natural or non-formal networks to reinforce processes of social integration and community care for particularly weakened individuals, families, groups or networks. This paper describes its origins, the essential characteristics of the conceptual and methodological point of view and presents data related to its implementation within the framework of the policies of the Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas (Sedronar, Argentina), showing some of its results, implications, innovations and difficulties.

Keywords: Community – Drugs – Social Integration – Public Policies.

Introducción

El propósito de este trabajo es ilustrar las razones por las que el *Tratamiento comunitario* (TC) es una propuesta que responde a una demanda real y cuales son algunas de las precondiciones que la hacen posible. Se trataría de poder dar respuesta, entre otras preguntas, a las siguientes: ¿Cuáles son las condiciones en las cuales esta propuesta ha surgido y para dar respuesta a cuáles preguntas? ¿Existe actualmente una demanda para el TC? ¿Cuáles son las características de esta demanda?, ¿son estas características compatibles con las características de la propuesta? ¿Por qué el TC puede ser una respuesta adecuada?, ¿cuáles son las características (teóricas, metodológicas, técnicas, tácticas, estratégicas etc.) del TC que lo hacen una respuesta adecuada? ¿Cuáles son las precondiciones políticas y organizativas que necesita el TC a nivel nacional y local? ¿Cuáles son los puntos o elementos de fragilidad de la propuesta en este momento?

Condiciones iniciales: el umbral de acceso

El TC¹ nace al inicio de los años noventa en América Latina. Sus contextos de desarrollo fueron diversos. Por un lado, las condiciones socioeconómicas [6 p. 21-28],² urbanísticas [18, 37]³ culturales y de salud pública relacionadas con drogas de esos años [38 p. 116 y ss.]⁴ en

la región norte de América Latina.⁵ Por otro lado, el fortalecimiento de algunos procesos sociales urbanos llamados, en esa época, bandas juveniles o pandillas [29, 23] y el tema de la seguridad. Por lo que concierne específicamente al área del trabajo con personas vinculadas con drogas, comenzaban a aparecer las primeras evaluaciones, en particular: los resultados de los estudios DARP (*Drug Abuse Reporting Programme 1969-1972 NIDA*) [34], TOPS (*Treatment Outcome Prospective Study, 1979-1981 NIDA*) [14], *The six cities Methadone Maintenance Evaluation (1995-2000, NIDA)*, DATOS (*Drug Abuse Treatment Outcome Study*)⁶ y NTORS (*National Treatment Outcome Research Study 1995-2000 UK*) [12]. A estas evidencias se añadían los primeros resultados de las experiencias de trabajo comunitario llevadas a cabo por las organizaciones latinoamericanas que produjeron la propuesta [21 p. 19-20].

Estos estudios y experiencias indicaban los desafíos con los cuales era necesario confrontarse y esos coincidían con los resultados de la implementación de la propuesta. Se observaba lo siguiente: a) altas tasas de abandono de programas de tratamiento,⁷ b) alta tasa de uso de sustancias durante o después de tratamiento,⁸ c) dificultad en garanti-

¹ Tratamiento comunitario es una propuesta latinoamericana que tiene sus orígenes en 1989 en el encuentro entre organizaciones de la sociedad civil, universidades y sucesivamente entidades públicas y apoyo técnico y financiero internacional. La propuesta se estructura formalmente como *Tratamiento comunitario* a partir de 2001 y es implementada a nivel latinoamericano. Ha tenido profundas transformaciones después de la primera evaluación (2007) y una reformulación profunda en 2013/2014 a raíz de un curso de formación internacional llevado a cabo en Brasil.

² En este documento se informa sobre las condiciones de estancamiento de las reformas y del desarrollo económico a nivel de América Latina.

³ Estos documentos hablan del fuerte proceso de crecimiento urbano, desplazamiento de poblaciones y creación de zonas de marginación urbana. Cfr. también Lattes AE. Población urbana y urbanización en América Latina. Disponible en <http://www.flacsoandes.edu.ec/biblio/catalog/resGet.php?resId=19146>.

⁴ Este es el primer reporte mundial sobre drogas de la oficina de Naciones Unidas. En ese reporte ya se ve crecimiento de sustancias a nivel continental (pág. 99-116) sobre todo lo que concierne a la cocaína y sus derivados.

⁵ Inicialmente México y América Central y sucesivamente países del Cono Sur (Brasil y Chile)

⁶ Iniciados en 1990 por el National Institute on Drug Abuse (NIDA) para evaluar los resultados del tratamiento del abuso de drogas y los problemas emergentes de tratamiento en los Estados Unidos. Fue el tercer estudio nacional de evaluación de resultados del NIDA financiado con fondos públicos. Cuatro centros de investigación colaborativos fueron financiados en 1995 para llevar a cabo programas de investigación independientes pero coordinados y basados en DATOS. Cfr. www.datos.org

⁷ Ver en particular Palmer [28] quien cita estudios de los años noventa. En la implementación de la propuesta llevada a cabo inicialmente en México se observaba también que de todas las personas con las cuales se establecía un primer contacto en la comunidad el 3.7% iniciaban un programa de tratamiento y solo el 1.8% terminaban efectivamente el programa en manera satisfactoria; 57% de aquellos que terminaron el tratamiento tuvieron un resultado positivo después de una evaluación a dos años.

⁸ Ver los estudios que analizan los resultados del tratamiento a partir de un año hasta 4-5 años después del inicio del tratamiento [12]. Estos estudios evidencian un mejoramiento de las conductas de uso y significativa disminución de conductas delictivas (principalmente robo en tiendas) relacionadas con tratamientos residenciales o ambulatorios (metadona).

zar y mantener la continuidad del proceso de tratamiento, d) dificultad de mantener la relación terapéutica un tiempo suficiente para poder desarrollar el tratamiento y empezar a tener efectos positivos,⁹ e) la presencia de variables de contexto las cuales, aun siendo parte de los determinantes sociales de la salud, no son incluidas en la práctica de salud pública centrada en la medicina (como por ejemplo el hecho de vivir en comunidades marginadas, la presencia de delincuencia organizada, los procesos de desplazamiento del campo hacia la ciudad y en consecuencia el tener viviendas inestables, desprovistas de servicios básicos agua, higiene, escuelas, medios de transporte etc.).

Por otro lado, comenzaba a desarrollarse el trabajo comunitario, entendido, como trabajo *en* la comunidad, no necesariamente como trabajo con la comunidad [36 p.13-14]. La comunidad era pensada más como lugar de problemas [20], o en el cual organizar servicios para poder llegar a los consumidores de drogas [41] con los cuales había sido imposible establecer contacto o éste se había interrumpido. La comunidad comienza a ser pensada oficialmente como recurso casi ocho años más tarde [39 p.22].

Otro elemento es metodológico-político. Constatando la complejidad de las interconexiones entre el tema de las drogas y las poblaciones, contextos y actores, era oportuno preguntarse si el trabajo con personas vinculadas con drogas era un tema exclusivo de la medicina o si otras disciplinas podían inte-

resarse. Más específicamente aún, si se trataba de un trabajo para profesionales formados por la academia o si tenían algún nivel de validez las experiencias históricas de actores y líderes comunitarios, o personas que habían sido consumidores de drogas (o vinculados con esta de alguna manera) [9 p. 101-2, 1 p.7-12]. Siendo que este tema se articula con la asignación de los recursos financieros (este sí definitivamente político), la disputa no es de menor importancia. Se entiende entonces que llegar a reconocerle a la «comunidad» un estatus entre los dispositivos existentes para dar respuesta al tema del consumo de drogas, podía tener implicaciones importantes y con frecuencia impredecibles. La oficina de las Naciones Unidas para el Control de las Drogas y el Delito (UNODC) en alianza con Treatnet [39] trata de dar una respuesta organizada a estas preocupaciones, reconociendo el valor de las prácticas implementadas durante decenios, oficializando el tema de las redes, aunque en una orientación de arriba hacia abajo [39 p.18]. La óptica sin embargo sigue siendo que la comunidad tiene que ser «involucrada, motivada», etc., reflejando una posición en la cual las comunidades son un recurso a condición de que sean articuladas en el marco de una política y no por aquello que ya tienen y hacen. Son un recurso en la medida en que son organizadas y educadas (*ibid.*) por los servicios y no por ser organizadas y capaces de organización por sí mismas.

¿Cuál era el tema de fondo? El elemento común de todas estas diferentes posiciones era que existía una demanda y una necesidad que no encontraba respuesta y que la dificultad de dar respuesta dependía también de los umbrales de acceso a los servicios existentes. La creación de centros de bajo umbral fue una estrategia surgida de la necesidad urgente, producida por la difusión del VIH y su correlación con el uso de drogas inyectables, en el marco de las estrategias de reducción del daño [9 p.101-2].

En esa época entonces la propuesta del TC surge principalmente en contextos de comunidades vulnerables vinculadas con drogas incluyendo a los consumidores, inspirándose en principio, en estrategias de reducción del daño para integrar sucesivamente procesos

⁹ Ver en Simpson [34], un seguimiento nacional de cinco años de los resultados del tratamiento para la dependencia de la cocaína. Estos resultados se examinaron en relación con la gravedad del problema en el momento del ingreso (PSI, del inglés Problem Severity at Intake, definido en 7 dominios del historial farmacológico y el funcionamiento psicosocial) y el registro de la exposición al tratamiento en DATOS y durante el período de seguimiento de 5 años. El «tratamiento bajo» generalmente significa menos de 3 meses de tratamiento, considerado el «umbral» mínimo para una duración efectiva de la estadía. Los resultados más pobres a largo plazo se relacionaron con una mayor gravedad del problema al ingreso al tratamiento y menos tratamiento. Los pacientes PSI de medianos a altos (es decir, aquellos que informaron problemas en 4 o más de las 7 áreas representadas) con «bajo tratamiento» tuvieron resultados significativamente peores en 5° el año, en comparación con aquellos que tuvieron exposición al tratamiento por encima del umbral (*cf.* <http://www.datos.org/adults/adults-5yrout.htm>)

de prevención, tratamiento e integración social, en donde se visibiliza y reconoce estratégicamente el valor del protagonismo y de los recursos comunitarios, como uno de sus elementos centrales.

Características esenciales de la propuesta

El desplazamiento del lugar de la cura desde la comunidad hacia las instituciones se ha desarrollado a lo largo de los últimos cuatro mil años, con la creación de las prisiones [22, 30]¹⁰ y de las comunidades específicas (de origen religioso o filosófico) [24, 4], hasta la creación de comunidades para la atención de personas con algún tipo de enfermedad o motivo para ser excluidos de la vida en la comunidad (monasterios, lazaretos, hospitales psiquiátricos, granjas etc.) [11, 5 p.81-91].¹¹ Por otro lado, la intervención en la comunidad se ha ejercido principalmente por medio de la creación de organizaciones comunitarias (por lo general de inspiración religiosa o más generalmente filantrópica) [27 p.82-97 y 204-42].¹² Las organizaciones de la sociedad civil son un epifenómeno de este proceso.

Adoptando la perspectiva de Nelson *et al.* [25] que sugiere que en las intervenciones comunitarias complejas pueda existir una diferencia entre la *forma* (las actividades) y la *función* (los principios) proponemos aquí algunos de los principios del *Tratamiento comunitario*, dejando los aspectos formales para la sección enfocada en los desafíos metodológicos. Estos principios ilustran en qué consiste su innovación y su cambio de

perspectiva:¹³ a) la transición del abordaje basado en la comunidad, al abordaje comunitario, que consiste en reconocer el protagonismo de los actores comunitarios y el valor de las estrategias existentes en la comunidad, y no solo el involucramiento de los actores comunitarios en el marco de estrategias definidas exclusivamente por las políticas públicas; b) la reducción del daño como perspectiva transversal de restitución de derechos fundamentales no solamente como conjunto de prácticas o servicios [1, 9 p. 79-83]¹⁴ sino como eje filosófico, ya que implica un abordaje inclusivo, que contempla la complejidad del problema transversal; c) la evolución desde el concepto de comunidad como actor vulnerable hacia la comunidad como recurso, reconociendo que vulnerabilidad y potencialidad se encuentran fuertemente entrelazadas; d) la transición del concepto de adherencia [31] al concepto de alianza [42] y de paciente a aliado; el concepto de paciente refiere a una pasividad, que en el abordaje comunitario se transforma en acción; e) el paso de la perspectiva individual a la perspectiva personal y de red, poniendo en el centro de la escena a las personas y sus relaciones en una comunidad [7 p.5-43, 19, 2];¹⁵ f) incluyendo una fuerte articulación entre lo formal y lo no formal [26]; y g) la articulación de una perspectiva de arriba hacia abajo con una perspectiva de abajo hacia arriba [35]; h) la evolución de una perspectiva protocolaria hacia la accesibilidad; i) de la reinserción social hacia la participación social; j) de servicio a dispositivo comunitario (el dispositivo a diferencia del servicio, forma parte de la trama de relaciones y respuestas, mientras que los servicios se relacionan con la comunidad, en lugar de formar parte de la misma); k) de atención a relación y l) del equipo a la red subjetiva comunitaria y a las redes operativas.

Características actuales de la demanda de integración social y drogas

Se trata aquí de poder ver si las condiciones

¹⁰ Estas dos referencias bibliográficas informan acerca del uso de las prisiones como lugar de concentración de personas por diversas razones y en las cuales la privación de libertad (total como en la esclavitud) o limitada (como la obligación de la residencia desde una cierta hora del día) era un sistema de control y explotación social. Las personas reducidas en estas «prisiones» podían ser poblaciones enteras desplazadas después de ser derrotadas en una guerra, migrantes por cualquier tipo de razón, extranjeros, personas que no hablan la misma lengua etc.

¹¹ Este texto habla de la *protection rapprochée* (protección cercana) y de su implementación como política social de asistencia, en un mundo en el cual ser pobre significaba ser enfermo/peligroso/actor de contagio.

¹² Es un texto que habla del tema de la pobreza y de la segregación de ésta a partir del siglo V. Se ilustra también el nacimiento de la atención «de calle» (típica metodología de trabajo iniciada en el siglo XII), de las medidas de reducción de daños y de la contención social.

¹³ Creemos que no es oportuno en este momento hablar de cambio de paradigma, por lo menos en los términos de Kuhn [17].

¹⁴ En este breve artículo la reducción del daño parece limitarse a servicios y actividades, aunque sea llamada, a veces, política.

¹⁵ En este escrito los autores consideran el aspecto institucional de las redes.

actuales de la demanda de las comunidades y de las personas vinculadas con drogas justifica la implementación de esta propuesta. Las evidencias disponibles dicen por ejemplo lo siguiente:

(i) Que a nivel mundial el porcentaje de personas con uso problemático de drogas que efectivamente encuentran algún tipo de respuesta a sus necesidades varían entre 16% [40] y 21% [10]. En este caso es oportuno preguntarse que sucede con el restante 84%-79%. En Argentina según el último estudio en población general¹⁶ del total de la población, el 11.7% presentó indicadores de dependencia de marihuana, cocaína y/o consumo perjudicial o de riesgo de alcohol. No obstante, solo el 3.9% de las personas que registraron presencia de estos indicadores, buscaron ayuda profesional durante el último año, y del total de las personas que buscaron ayuda profesional por problemas vinculados al consumo de alguna droga, incluido alcohol y tabaco, el 52.9% realizó algún tipo de tratamiento, y el 44.2% no se insertó en programas o espacios de atención.

(ii) Que la existencia de zonas urbanas de alta marginación y vulnerabilidad no solamente ha permanecido sino se ha consolidado, entrecruzándose con el consumo y el tráfico de drogas [15, 16, 3]. En Argentina, el 25.7% de la población se encuentra debajo de la línea de pobreza, lo que incluye 1.611.000 hogares y 7.079.764 personas según datos oficiales.¹⁷ Respecto de la instalación y crecimiento del mercado de las drogas en los barrios vulnerables, según datos del estudio del Observatorio de la Deuda Social de la Argentina,¹⁸ en el período 2010-2015 se observa un importante incremento del registro de venta de drogas en los barrios y aumenta de manera significativa la proporción de hogares que perciben de

manera directa o indirecta que en su barrio se venden drogas ilegales. A finales de 2015, casi 5 de cada 10 hogares identifican la venta o tráfico de drogas en su calle, manzana o vecindario. En el año 2016 el 48.5% de los hogares percibieron venta o tráfico de drogas en sus barrios, observándose de esta manera un nuevo incremento en este indicador.

(iii) Que, según los primeros datos obtenidos por medio de la implementación del *Tratamiento comunitario*,¹⁹ como estrategia de abordaje comunitario por parte del Estado, a través de la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas (Sedronar) se ha observado que la vulnerabilidad de las personas en comunidades altamente excluidas es un fenómeno complejo, que involucra no solamente los aspectos médicos-sanitarios, sino también elementos de vulnerabilidad relacionados con el campo relacional familiar y comunitario, la violencia, la vida económica y la lucha por la subsistencia, etc. Entre las diez primeras condiciones de vulnerabilidad se encuentran las siguientes:²⁰ problemas familiares (34.4%), abuso de alcohol (18.5%), problemas escolares (17.4%), capacitación y formación (ninguna o escasa competencias o conocimiento para trabajar) (16.8%), necesidad de armado de proyecto de vida (16.3%), violencia intrafamiliar (15.5%), problemas relacionales (11.9%), sin trabajo (11.5%), pobreza extrema (8.7%), consumo de pasta base/paco (8.1%). Si sumamos el consumo de todo tipo de drogas llegamos al 17.9%. Si se suman todos los problemas ligados a la pobreza y a la exclusión (estar sin trabajo, pobreza extrema, necesidad de apoyo económico) el porcentaje de personas contactadas llega al 26%, si al consumo de alcohol añadimos el consumo de drogas llegamos al 32%. Por otro lado, solo el 33% presentan un único problema y el 56% entre dos y seis problemas simultáneamente.

Con estos datos se puede pensar que

¹⁶ Cfr. <http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/InformeZEASyZconsumoZZInyectablesZ5Zmarzo.pdf>
¹⁷ Ídem.

¹⁸ Cfr. Barómetro del narcotráfico y las adicciones en la Argentina n° III. Venta de drogas y consumos problemáticos. Una aproximación diagnóstica a las adicciones en jóvenes de barrios vulnerables, 28 de abril de 2017. Disponible en <http://wadmin.uca.edu.ar/public/ckeditor/2017-Observatorio-Informe-3-Narcotrafico-Adicciones-Venta-Drogas-y-Consumos-Problematicos-Resumen-Prensa.pdf>

¹⁹ Se utilizan datos de las hojas de primer contacto (HPC) con fecha marzo 2018.

²⁰ Los datos han sido obtenidos por medio del análisis de las hojas de primero contacto (HPC) registradas hasta la fecha de diciembre 2017. La HPC es una herramienta de registro de informaciones esenciales que surgen de los primeros contactos con las personas (generalmente en la calle y en lugares no formales). Una de las categorías de estas informaciones tiene que ver con las condiciones generales de vulnerabilidad o riesgo.

siguen vigentes las condiciones que han dado vida a la propuesta en los años 90 y que hoy tienen un peso mayor que en la época inicial.

Sentido político de la metodología

Pensar la implementación de una metodología territorial y comunitaria desde el Estado, es un desafío metodológico y político.

Si se adopta una perspectiva que observa simultáneamente las características de la propuesta (TC) con las características del contexto en el cual ésta es implementada, se pueden intuir los desafíos metodológicos principales. ¿Cómo hacer para que las estrategias de atención construidas por las comunidades puedan ser visibilizadas e incluidas en el abanico de respuestas a sus necesidades? ¿Cómo implementar un abordaje de redes no formales en el marco de políticas de redes hechas exclusivamente de servicios e instituciones? ¿Cómo articular lo formal con lo no formal?, ¿lo instituido (servicios resultantes de la implementación de las políticas públicas) con aquello que acontece en el flujo de la vida cotidiana de las comunidades?, ¿lo local con lo regional o lo nacional? ¿Cómo reconocer y visibilizar el escenario comunitario y las redes de las personas como recurso en los procesos de transformación de las dinámicas sociales? ¿Cómo resolver o transitar la tensión de ser equipos gestionados desde el Estado, pero que necesariamente deben estar inmersos en la comunidad, y formar parte de ella?

Como se menciona más arriba, desde el año 2016 se propone desde Sedronar, desarrollar una estrategia de abordaje territorial y comunitario, se plantea la necesidad de darle un marco a estas intervenciones, a la vez que se sostiene que es necesario consolidar esta forma de abordaje como una de las respuestas posibles a las situaciones de consumo de drogas.

Se pretende poner en discusión el paradigma abstencionista, con el objetivo de dar una respuesta más cercana a las vulneraciones de derechos que padecen las personas en sus comunidades. Para ello, es imprescindible que se trabaje con la comunidad. Allí radica una de las principales fortalezas del TC,

que no solo aborda las situaciones de consumo problemático, sino las vulneraciones de derechos de las personas en general; busca fortalecer las redes comunitarias como parte fundamental de este proceso, así como el rol de una «Minoría activa».

Según la conceptualización de TC, «Minoría activa»:

(...) está constituida por los actores y agentes comunitarios, que siguen desarrollando actividades e iniciativas de TC (...) después que el equipo se ha ido de la comunidad (...) es el producto estratégico del TC, (...) es el indicador que asegura que el TC se ha convertido en un elemento de la cultura comunitaria [21 p.335].

Tratamiento comunitario en organismo gubernamental

En la Argentina, si bien desde la política pública, hubo diferentes experiencias territoriales para trabajar las situaciones de consumo de drogas, ellas no lograron institucionalidad suficiente, como para poder consolidarse y presentarse como una respuesta eficaz a una compleja problemática multidimensional.

En este sentido, es necesario, además de llevar adelante las experiencias de trabajo territoriales, crear evidencia, medir y evaluar este tipo de intervenciones, para poder probar su viabilidad y sostenibilidad.

La implementación de la metodología de TC desde el Estado implica pensar «el encuentro» entre lo comunitario y lo estatal en el marco de una política pública, pensar los diversos umbrales de accesibilidad de los dispositivos estatales, pensar cómo el Estado se acerca a la comunidad y cómo la comunidad accede a los recursos estatales. Generar las condiciones para ese «encuentro» es uno de los pilares del TC.

En 2016 se comienza a implementar una experiencia piloto con diez equipos territoriales, seleccionados con un criterio federal, en barrios donde la Secretaría ya estaba desarrollando intervenciones junto a actores locales. En 2017, se suman veintiún equipos más; se encuentran en distintas comunidades de trece provincias de nues-

tro país.²¹

Conformación de los equipos operativos

Los equipos territoriales están conformados por cuatro o cinco personas cada uno, con perfiles diferentes: profesionales (trabajadores sociales, psicólogos, entre otros), operadores y miembros de la comunidad. Cada uno de estos equipos está acompañado por un referente técnico de la oficina central de Sedronar.

Cada equipo desarrolla las actividades de TC como mínimo tres veces por semana; realizando diversas tareas:

- Trabajo en la calle: recorrido de los territorios de intervención con el fin de identificar el mismo, contactar personas e instituciones locales, observar dinámicas locales, reconocer el espacio de actuación para la construcción de las estrategias de intervención.
- Creación, visibilización y articulación de redes (comunitarias, institucionales, redes operativas, redes de recursos comunitarios, redes subjetivas, entre otras).
- Seguimiento de casos: trabajo articulado de abordaje con los dispositivos DIAT²² y equipos territoriales de otras áreas de la Sedronar, así como con los efectores locales.

²¹ Once en Gran Buenos Aires —San Isidro (Barrio Sauce), Tres de Febrero (Ejército de los Andes), Pilar (Barrio Agustoni), Morón (Barrio Carlos Gardel), Lomas de Zamora (Barrio Tongui), Moreno (Barrio Cuartel V, Barrio Cascallares y Barrio Villanueva), Quilmes (Barrio Santísima Trinidad y Barrio Monte Matadero), San Fernando (Barrio Santa Rosa)—; uno en Mar del Plata (Barrio Bosque Grande); uno en región Misiones (Eldorado); uno en Corrientes (capital); uno en Salta (capital); dos en Jujuy (San Pedro de Jujuy Barrio Patricios y Tilcara); uno en Tucumán (capital); uno en Santiago del Estero (capital); dos en Córdoba (Capital y Río Cuarto); tres en Santa Fe (Rosario: Perez, República de la Sexta, Rouillon); uno en Entre Ríos (Gualeguaychú); cuatro en Mendoza —Godoy Cruz (Campo Pappa y La Gloria), Guaymallén y San Rafeal—; uno en Tierra del Fuego (Ushuaia) y uno en Río Negro (Beltrán).

²² Los DIAT (Dispositivo integral de abordaje integral) son dispositivos que se encuentran en 20 provincias de las Argentina. Realizan diversas actividades que tienen como objetivo principal el abordaje integral de los consumos problemáticos, orientado en la promoción y restitución de derechos humanos como procesos potencialmente terapéuticos. Muchos de ellos están en los mismos territorios que los TC. TC y DIAT están bajo la órbita de la DNAE (Dirección Nacional de Abordaje Estratégica de la Sedronar).

- Formación y seguimiento: reuniones de equipo, registro y sistematización de la información obtenida a través de diversas herramientas metodológicas.
- Actividades de vinculación: generación, acompañamiento y visibilización de actividades comunitarias, que tienen como objetivos ejes de tipo organizativos, asistencia inmediata, educación no formal, animación y acciones culturales, salud, trabajo.

El proceso de implantación: datos, exigencias y fragilidades

Por medio de la presentación de algunos datos esenciales se aborda aquí la reflexión sobre tres aspectos que han sido relevantes: el proceso vivido por los equipos en la implantación del *Tratamiento comunitario*, es decir en aceptar el desafío metodológico que consiste en bajar todavía más el umbral de acceso (desde el trabajo en la comunidad al trabajo con la comunidad). El segundo consiste en evidenciar cómo el *Tratamiento comunitario* transforma la perspectiva de género y cuáles son sus consecuencias. El tercero es un breve abordaje de la perspectiva de redes.

El proceso hacia lo comunitario

La referencia respecto de cómo se establece el primer contacto con las personas de la comunidad, caracteriza la accesibilidad y la relación de los equipos con la comunidad (tabla 1).

Tabla 1. Establecimiento del primer contacto (distribución de porcentajes por categoría; datos 2016-2017 N. 1628)

Modalidad / lugar	%
Por teléfono	1.3
En la estructura de la organización	51.0
En la calle	21.1
En la casa de la persona	13.7
En otras instituciones	7.8
Otro	3.4
Total	98.3
Información faltante	1.7
Total	100.0

La implementación de la propuesta, por ser comunitaria, tendría que iniciar desde muy abajo (desde las calles, las viviendas de las personas, los lugares en los cuales las personas se encuentran etc.), por consecuencia los

datos del establecimiento de los primeros contactos con los parceros²³ deberían tener prevalencia «en la calle» y «en la casa de las personas». En realidad, estos primeros contactos representan el 34.8% mientras que los contactos en organizaciones de la comunidad son 58.8%. Las reflexiones de uno de los equipos que analiza estos datos, refiriéndose exclusivamente a los de su comunidad de trabajo (no a los datos presentados en la tabla 1) son también muy ilustrativas y explicativas:

Nuestra inserción como equipo de TC logró afianzarse en el espacio municipal del CCB.²⁴ En este marco conocimos los grupos de jóvenes que participan de las capacitaciones, a sus trabajadores, y a referentes juveniles comunitarios. En este sentido, el porcentaje mayoritario de primer contacto es en «otras instituciones» (58%), esto vendría a ser un híbrido entre TC y el propio CCB. Sin embargo, otros primeros contactos pudimos desarrollarlos en el marco de «la estructura de la organización» (32%) y/o en «la casa de la persona» (8%), que dan cuenta de momentos/actividades que sostenemos como TC.²⁵

Sin embargo, si se hace un análisis longitudinal (datos globales de todas las comunidades) se observa que, por ejemplo, los primeros contactos en la calle son 0% en el 2016, 19% en el primer semestre 2017 y 23% en el segundo. Por otro lado, los contactos en centros de bajo umbral (por ejemplo, DIAT) son el 48.2% en 2016, el 44.6% en el primer semestre 2017 y el 36% en el segundo. Estos datos ilustran como la perspectiva comunitaria se implanta poco a poco permitiendo una transición de espacios formales (institucionales) a espacios comunitarios no formales. Se observa también que ninguno de los dispositivos viene substituido por el otro y que ambos son complementarios. Uno de los objetivos estra-

tégicos del *Tratamiento comunitario* es bajar el umbral de acceso siguiendo el desarrollo de las políticas de drogas, el propósito presente por ejemplo en los DIAT o en los Centros Comunitarios de Barrio (CCB). La estrategia del TC ha sido salir de lo formal, estar con la comunidad en sus espacios comunes no formales: las calles, las familias etc.

La transición de un abordaje típicamente institucional en la comunidad hacia un abordaje comunitario implica ir más allá del estar en la comunidad y construir contactos con las personas. Implica cambiar de lugar, cambiar de actores, cambiar la mirada desde el lugar en el cual los equipos se colocan y entender aquello que lo comunitario implica, cambiar de sistema de relaciones y, a veces, también de tiempos.

A partir de empezar a visualizar otros actores comunitarios, por fuera del marco del CCB, nos dimos la tarea de acompañar actividades deportivas en el playón ubicado en el corazón del barrio (espacio del CCB), incluirnos en el armado del «Septiembre Joven» (*actividad de vinculación*) y desarrollar recorridos de calle, sumamente fructíferas, para conocer el territorio, las dinámicas, los espacios, y las instituciones. Otras posibles estrategias a implementar podrían ser: fortalecer el contacto directo con referentes comunitarios no-formales, que sostienen espacios como Cooperativas de trabajo y Centros Comunitarios, que nos abran recorridos diferentes.²⁶

Además de lugares, actores, relaciones, es necesario cambiar también de sistema de acciones, del quehacer cotidiano de los equipos, con todas las dudas que esto puede sugerir: ¿qué tiene que ver esto con la salud pública, con el tratamiento de las adicciones, con el enfrentamiento de situaciones de trastornos graves de la personalidad (borderline, personas antisociales o asociales etc.)? En la medida en la cual se entienda qué significa proceso de abajo hacia arriba y necesidad de construir una alianza, un vínculo, un dispositivo de relaciones, entonces se entenderá también que este abordaje es, en efecto, tratamiento y que por medio del trabajo con vulnerabilidades específicas (el consumo de drogas, por ejemplo) aquello que busca es la

²³ Parcerero/a es un término utilizado a lo largo de América latina. En TC, «(...) se lo interpreta como socio, aliado, coequipero, *partner* y trata de representar con una sola palabra el sentido de la relación de ayuda». Pretende representar la alianza de trabajo entre dos sujetos «parceros/as», que se desarrolla en la comunidad. Supone que las personas son sujetos activos, recursos activos de la comunidad.

²⁴ Denominación del Centro Comunitario Barrial, Ruillón (Rosario).

²⁵ Extracto tomado de la Evaluación de la jornada de capacitación de noviembre 2017. Equipo Ruillón, Rosario, Santa Fe.

²⁶ *Ibid.* nota 25.

integración social. Se trabaja en contextos radicalmente diferentes respecto al abordaje instituido:

Fuimos a caminar por las calles, calles de barro con escasa infraestructura, zanjas en las veredas por donde pasa el agua usada de las casas (inclusive las de los baños), mucho barro por la lluvia reciente. Los vecinos fueron haciendo pequeños puentes peatonales para pasar de un lado a otro. En el zanjón se ven restos de autos cortados, y en varios sectores, mucha basura acumulada. Sábado por la mañana, el movimiento comienza a partir de las 10.30/ 11. Las primeras en salir son las mujeres: hacen compras, llevan a los chicos a la cancha, a la catequesis, a las actividades del CAI en la sede de la escuela 32. Vamos saludando y las señoras nos saludan un poco curiosas; saben que no somos del barrio.²⁷

Si a los datos 2016-2017 se suman aquellos del primer trimestre 2018, resulta que se ha llevado trabajo, registro y seguimiento de 1998 personas en tratamiento con la comunidad,²⁸ pudiendo dar cuenta de la evolución de cada una de estas personas desde una mirada amplia, monitoreándolas en diferentes dimensiones e indicadores. Las dimensiones o ejes que estructuran la práctica del TC, se relacionan y son complementarias; es a través de ellas que los equipos operativos pien-

san sus diversas actividades. Estos ejes son a) prevención-organización, b) asistencia básica y minimización-reducción del daño, c) educación y rehabilitación, d) cura médica y psicológica y e) ocupación y trabajo.²⁹

Estos ejes, a su vez, se trabajan a través de indicadores que pueden ser considerados de riesgo. Estos son: educación, sustancias, trabajo, seguridad personal, salud, red primaria, vivienda y asistencia básica. A través de su codificación y evaluación se describen comportamientos, actitudes o condiciones de las personas a las que se realiza el seguimiento.

La perspectiva de género

De esta manera se ha podido tener resultados medibles en personas que generalmente no tienen oportunidad de acceder a ningún otro tratamiento. De estas 1998 personas (datos 2016-marzo 2018) que accedieron al dispositivo de TC, el 52% son varones y el 47% mujeres. Esto significa una *mayor acceso de mujeres* al mismo (en comparación con otros dispositivos, a nivel nacional e internacional) y por ende, la visibilización de sujetos que por diversos motivos no son contemplados muchas veces en las estrategias de abordaje territorial y construcción de los dispositivos. Este apunto, además, es una de las líneas centrales del *plan nacional de drogas*;

²⁷ Diario de Campo, TC. Villanueva, agosto 2017.

²⁸ Además del seguimiento enfocado en la persona (registrada en la Hoja de primer contacto), los equipos y las redes operativas trabajan con las familias (8000 personas estimadas) y con redes subjetivas (redes de amigos). Entonces, teniendo en cuenta las personas beneficiarias directas y las indirectas, las realmente atendidas son hasta ahora alrededor de 10.000.

²⁹ «a) Prevención-organización: el tratamiento comunitario considera a la prevención (entendida como organización de la vida comunitaria que se inicia con la participación en la organización existente en la comunidad) como la primera y fundamental acción de tratamiento comunitario, como la estrategia por la cual hay que iniciar, como si la lógica fuera que si no hay prevención no es posible el tratamiento. b) Asistencia básica y minimización-reducción del daño: el segundo eje es asistir (cuidar). En contextos de alta vulnerabilidad y exclusión se observa una significativa ausencia de servicios básicos, no solamente de salud sino de seguridad, de alimentación, de higiene. Por esta razón lo que se busca es, en un primer paso, capacitar y sucesivamente (por lo menos en parte) activar redes que sepan cómo se convence, acompaña, ayuda a una persona a lograr pautas de cuidado básico. c) Educación y rehabilitación: el tercer eje es educación/rehabilitación. Con este concepto se desea subrayar el lugar central de la educación en los procesos

de rehabilitación. En contextos no formales, como son las comunidades abiertas y las redes, las propuestas educativas tienen que articular lo formal con lo no formal y viceversa e incluir aspectos esenciales para la vida cotidiana de las personas. d) Cura médica y psicológica: en el cuarto eje se incluyen las actividades y los procesos de cura médica y psicológica. En el contexto de las curas médicas se pueden incluir todas las acciones de desintoxicación y apoyo médico en su proceso, y en los casos en los cuales se requiere el diagnóstico dual, el apoyo farmacológico, el uso de terapias con fármacos sustitutos etc. e) Ocupación y trabajo: el quinto eje busca promover la integración (reinserción) social por medio de la creación de capacidades laborales, fuentes y oportunidades de trabajo. La experiencia ha evidenciado efectivamente que sin autonomía económica lícita, las probabilidades de recaídas en el uso de droga o la permanencia en situaciones de alta vulnerabilidad son muy elevadas. Vincular el trabajo de desarrollo de la comunidad al tema de la integración social (incluyendo la reinserción), es fundamental porque evidencia que sí es verdad que el trabajo es un producto social y que en la comunidad este puede producirse, es también verdad que no todas las personas «pueden efectivamente trabajar». (Tomado del documento *Nociones básicas de TC*, Buenos Aires: Sedronar; 2017 (documento de recopilación y/o producción interna de la coordinación, no publicado).

la perspectiva de género aplicada a las políticas públicas de drogas.

El trabajo con la comunidad ha permitido evidenciar *elementos fundamentales en la perspectiva de género*: si se hubiera considerado únicamente el aspecto de las drogas, el 86% de las mujeres en condición de vulnerabilidad no habría aparecido. Observar a las comunidades únicamente desde la perspectiva de las drogas hace desaparecer la vulnerabilidad de las mujeres y acentúa las vulnerabilidades de los varones, sesgando de esta manera la visión de comunidades enteras con características de vulnerabilidades a un solo género: el masculino. La perspectiva de género permite ver a las comunidades de otra manera. Véase, por ejemplo, personas que necesitan de un apoyo económico: varones 41%, mujeres 58.4%; personas en situación de calle: hombres 77.3%, mujeres 22.7%; personas víctimas de abuso sexual: hombres 40%, mujeres 60%; personas víctimas de abuso sexual durante la infancia: varones 0.5%, mujeres 2.5% (sobre seis casos 5 son mujeres); personas víctimas de violencia de género (sobre 36 casos) 16.7% varones y 83.3% mujeres, (de cada diez casos más de ocho son mujeres); personas víctimas de violencia intrafamiliar (sobre 243 casos) 46% hombres y 54% mujeres.

Uno de los objetivos del *Tratamiento comunitario* es poder entrar en contacto con aquellas personas que de otra forma no contactarían con ningún otro tipo de servicio. Para eso el estudio de los nuevos casos es esencial. *Los datos nos dicen que el 72% (54% hombres y 46% mujeres) de las personas contactadas por la Secretaría, lo fueron por primera vez.* En este punto se refuerza la idea de que como Secretaría en particular y como el Estado en general, a través del TC se llega a lugares y personas, que desde otros dispositivos comunitarios no es posible.

Desde la metodología del TC, cuando un equipo operativo trabaja con la persona (parcera/o-beneficiaria/o) que se acerca con algún tipo de demanda, se trabaja también con sus redes. Esto quiere decir, que la estrategia de intervención se piensa desde el equipo con las personas e instituciones que son o deben ser parte de la respuesta integral a la/el parcera/o. Una

vez iniciada la intervención, la lógica de redes es el horizonte de intervención.

La perspectiva de redes

Entre los desafíos metodológicos del TC se encuentra la *perspectiva de redes no formales*. Esto significa trabajar con la persona que, en la óptica del *Tratamiento comunitario* es el individuo con su red de amigos (red subjetiva, en la terminología del TC), es decir con la entidad social que le es más cercana, que constituye su estructura relacional, afectiva y social fundamental.

El acceso a esta metodología permitió ordenar los procesos, para así también poner en tensión saberes y prácticas adquiridas. El empoderamiento de los «instrumentos técnicos» fue un desafío que aún se está desarrollando, tanto en equipos operativos como con los tutores.

Es interesante pensar estos dos planos, escindidos solo de forma analítica, entre lo técnico (herramientas) y lo cultural (prácticas).

Conclusiones

Se trata ahora de ver cuáles han sido las respuestas a las preguntas que nos planteamos al inicio de este escrito. Se ha observado que las condiciones en las cuales ha surgido el *Tratamiento comunitario* y las condiciones de las comunidades en las cuales éste ha sido implementado son similares y que una demanda para el TC existe: las personas piden trabajo, visitas familiares, maneras de recuperar la escolaridad, que alguien les acompañe en organizar sus vidas, una mejor integración en sus comunidades, formación y capacitación para el trabajo, consejo y orientación. Las demandas por servicios médicos y de salud existen mas no son tan significativas como aquellas que han sido mencionadas.

Una de las preguntas iniciales estaba referida a la razón por la cual el TC podía ser una respuesta adecuada. Se han encontrado los elementos siguientes: porque logra establecer contacto con las personas que no lo consiguen con otros servicios; porque por medio de su estar en la comunidad (metodología) evidencia situaciones de vulnerabilidad que de otra manera no podrían ser visibilizadas (ver en particular la perspectiva de género); porque

por medio de una perspectiva de redes logra establecer contacto con entidades sociales de alta intensidad relacional que pueden ser efectivamente utilizadas para establecer nuevos contactos, realizar acompañamientos utilizando nodos de dichas redes, tener un conocimiento de las dinámicas comunitarias que ayuda a prevenir y a evitar interrupciones de procesos del TC; porque con su sistema de recopilación y sistematización de la información (hojas de primer contacto, diarios de campo y de proceso) es posible tener una información sistematizada, a partir de la cual producir datos y evidencias que ayudan a entender lo no inmediatamente visible en el proceso y a modificarlo si fuera necesario.

Otra pregunta era: ¿Cuáles son las condiciones políticas y organizativas que necesita el TC a nivel nacional y local? La voluntad política ha sido fundamental. Ésta ha consistido en los puntos siguientes: adoptar una perspectiva de desarrollo construyendo sobre aquello que había sido construido en el pasado, evitando desechar sistemáticamente todo lo anterior, creando complementariedades entre elementos de las políticas (DIAT y TC son complementarios). Esto ha significado mantener activo un proceso de reelaboración de los dispositivos existentes que, por un lado, se han transformado por medio de la nueva propuesta y, por el otro, lado la han transformado permitiendo una adaptación activa. Esto ha implicado saber persistir en momentos de incerteza, encontrar formas de elaborar conflictos y voluntad para encontrar soluciones. Se trataba en efecto de unificar criterios basándose en todos los elementos comunes existentes y sobre éstos armonizar las diferencias.

La última pregunta que nos pusimos decía: ¿Cuáles son los puntos o elementos de fragili-

dad de la propuesta en este momento? Se podrían identificar cuatro. El primero es el desafío puesto por la exigencia de escribir, sistematizar la información, analizarla y utilizarla para entender la propuesta y si fuera necesario modificarla. El uso de herramientas formales ha sido una dificultad en la implementación del TC. El segundo es la transición desde una modalidad basada en dar servicios hacia una modalidad basada en implementar procesos. El tercero es adoptar una perspectiva de abajo hacia arriba en la cual el protagonismo de los actores comunitarios se basa en sus experiencias y conocimientos y no en la adaptación a las modalidades de trabajo de las instituciones. El cuarto es la articulación entre los recursos no formales presentes en la comunidad y los recursos formales de las instituciones: mientras que los primeros dan respuestas en lo inmediato y tienen un bajo nivel de organización y de sostenibilidad en el tiempo, los segundos necesitan de tiempo, tienen un alto nivel de organización y garantizan una mayor sostenibilidad. Hacer de los dos procesos una fuerza complementaria sigue siendo un desafío.

Es interesante analizar el proceso del TC desde Sedronar desde la dupla conceptual *implantación e implementación* del TC en territorio. Este proceso tiene fases y/o niveles que permiten medir la implantación e implementación del proceso en las comunidades, posibilitando evaluar mejoras en la calidad de vida de la misma comunidad. La medición de este proceso será un eje de próximos estudios.

Estar en la comunidad, vivir procesos de vida comunitaria, construir los dispositivos, manejar los instrumentos, etc. son algunos de los ejes que nos permiten pensar la implantación e implementación del mismo.

Referencias

1. Ajani B, Davila CA, Frost T, Metzner E, Motley J, Roberts E. Peer-Delivered Syringe Exchange Toolkit: Models, Considerations and Best Practices. New York: Harm Reduction Coalition, New York City Health Department; 2012.
2. Antunes da Costa PH, Belchior Mota DC, Mota Ronzani T, Gonçalves de Moura Y. O que são as Redes e a importância das Redes Sociais na Dependência de Drogas. In: Da Silva EA, Gonçalves de Moura Y, Kopp Zugman D. Vulnerabilidades, Resiliência, Redes. Uso, abuso e dependência de drogas. São Paulo: RED. p. 287 y ss.
3. Balzano SM, Hourquebie NE, Cardarelli G, Casermeiro de Pereson A, Raggio L. Vivir en los

- bordes: la vida en ocho barrios, villas o asentamientos del conurbano bonaerense [en línea]. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Educa; 2015. [Citado 20 juio 2018]. Disponible en <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/investigacion/vivir-bordes-vida-ocho-barrios.pdf>
4. Bueno G. *La metafísica presocrática*. Oviedo: Pantaifa; 1974.
 5. Castel R. *Les Métamorphoses de la question sociale*. Paris: Gallimard; 1993.
 6. Comisión Económica para América Latina. *Panorama Social de América Latina*. Santiago de Chile: CEPAL, Naciones Unidas; 1997.
 7. Copello A, Orford J, Hodgson R, Tober G. *Social Behaviour and Network Therapy for Alcohol Problems*. London: Brunner Routledge; 2009.
 9. European Monitoring Centre for Drugs and Drugs Addiction. *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*. Lisboa: EMCDDA; 2011. Doi: 10.2810/29497
 10. European Monitoring Centre for Drugs and Drugs Addiction. *Statistical Bulletin 2016* [Internet]. Lisboa. Emcdda; 2016. [cited 2015 August 25]. Available in: www.emcdda.europa.eu/data/stats2016
 11. Foucault M. *Surveiller et punir. Naissance de la prison*. Paris: Gallimard; 1975.
 12. Gossop M, Marsden J, Stewart D. *The National Treatment Outcome Research Study. Changes in substance use, health and criminal behaviour during the five years after intake*. London: Ntorsk; 2002.
 14. Hubbard RL, Craddock SG, Anderson J. *Overview of 5-year followup outcomes in the drug abuse treatment outcome studies (DATOS)*. *J Subst Abuse Treat*. 2003; 25:125-34. PMID: 14670518. Doi:10.1016/S0740-5472(03)00130-2.
 15. Jife JI. *Informe 2014*. Viena: UN; 2014.
 16. Jife JI. *Informe 2016*. Viena: UN; 2016.
 17. Kuhn T. *The Structure of Scientific Revolutions*. Chicago Ill.: University of Chicago Press; 1962.
 18. Lattes AE, Recchini de Lattes Z. *International Migration in Latin America: patterns determinants and policies*. In: Macura M, Coleman D, eds. *International migration: regional process and responses*. New York: United Nations, *Economic studies* 7; 1994. p.109-26.
 19. Machin J, Merlo R, Milanese E. *Redes sociales y farmacodependencias. Aportes para la intervención*. México: CONADIC-Consejo Nacional de Adicciones, Centro de Formación Farmacodependencias y Situaciones Críticas Asociadas A.C.; 2010.
 20. Milanese E. *La comunidad: basurero de los fracasos de las instituciones y oportunidad para relaciones de ayuda duraderas e incluyentes*. En: *Convenio UNODC/MPS. La inclusión social. Una respuesta frente a la drogodependencia*. Bogotá: Naciones Unidas, Ministerio de la Protección Social República de Colombia; 2008. p.21-37.
 21. Milanese E. *Tratamiento Comunitario. Manual de trabajo*. São Paulo: Instituto Empodera; 2013.
 22. Morris N, Rothman DJ. *The Oxford History of the Prison: The Practice of Punishment in Western Society*. New York: Oxford University Press; 1998.
 23. Moser CO. *Urban violence and insecurity: an introductory roadmap*. *Environ Urban*. 2007; 16(2):3-16. Doi: <https://doi.org/10.1177/095624780401600220>
 24. Murphy SMG. *St. Basil and Monasticism*. *Patristic Studies*. 1930; 25: XIII+III.
 25. Nelson G, Patteson M, Kirst M, Macnaughton E, Isaak CM, Nolin D, ... Goering P. *Life Changes Among Homeless Persons with Mental Illness: A longitudinal Study of housing First and Usual Treatment*. *Psychiatr Serv*. 2015; 66(6):592-7 PMID: 25686813 DOI: 10.1176/appi.ps.201400201
 26. Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) *Actividades alternativas para la prevención del uso de drogas*. Quito: UNODC; 2012. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/peruandecuador/ProyectoEcuador/actividades_1.pdf
 27. Paglia V. *Storia dei poveri in occidente. Indigenza e carità*. Milano: RCS Garzanti; 1994.
 28. Palmer RS, Murphy MK, Piselli A, Ball SA. *Substance Abuse treatment drop-out from client and clinician perspective*. *Subst Use Misuse*. 2009; 44(7):1021-38. PMID: PMC3678276 DOI: 10.1080/10826080802495237
 29. Pansters W, Castillo Berthier H. *Violencia e inseguridad en la Ciudad de México: entre la fragmentación y la politización*. *Foro Internacional* [en línea]. 2007 [citado 20 de julio de 2018]; 47(3):577-615. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/599/5991150005.pdf>
 30. Peters EM. *Prisons Before Prisons; The Ancient and Medieval Worlds*. In: Morris N, Rothman DJ. *The Oxford History of the Prison. The Practice of Punishment in Western Society*. New York: Oxford University

- Press; 1998. p.6-21.
31. Sabate, E. WHO Adherence Meeting Report. Genève: WHO; 2001.
 34. Simpson D, Joe GW, Broome KM. A National 5-Year Follow-up of Treatment Outcomes for Cocaine Dependence. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59(6):538-44. doi:10.1001/archpsyc.59.6.538
 35. Torrente E, Escarrabill J, Marti T. (2010). Impacto de la Redes Sociales de Pacientes en la práctica Asistencial. *Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada*. 2010; 2(1).
 36. UNGASS, UN. Resolution adopted by the General Assembly. New York: UN; 2000.
 37. United Nations. World Urbanization Prospects. The 1999 Revision. New York: United Nations Population Division; 2000.
 38. United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention. *Global Illicit Drug Trend*. New York: UN; 1999. Available in: https://www.unodc.org/pdf/report_1999-06-01_1.pdf
 39. United Nations Office on Drugs and Crime. *Drug Dependence Treatment: Community Based Treatment*. Vienna: UNODC, Treatnet; 2008. Disponible en: http://www.unodc.org/docs/treatment/CBTS_AB_24_01_09_accepted.pdf
 40. United Nations Office on Drugs and Crime. *Drugs World Report 2016*. New York: United Nations; 2016. Available in: https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WORLD_DRUG_REPORT_2016_web.pdf
 41. World Health Organization. *Evidence for Action; effectiveness of community-based outreach in Preventing HIV/AIDS among Injecting Drug Users*. Geneva: WHO; 2004.
 42. Zetzel E. (1956). Current concepts of transference. *Int J Psychoanal*. 1956;37(4-5):369-76. PMID: 13366506