Curso Intensivo
"Problemáticas complejas en el primer nivel de atención"

Comité Nacional de Pediatría General Ambulatoria -SAP
Setiembre de 2008

Resumen de disertaciones

INTRODUCCIÓN

Dra. Marcela Corin

INTERVENCIÓN ACTIVA DEL PEDIATRA EN PROBLEMÁTICAS COMPLEJAS: ENFOQUE INTERDISCIPLINARIO Y EN RED.

Por Dra. Myriam Duque

Nos olvidamos de ver al individuo sin su medio. Tradicionalmente salud y enfermedad son individuales. Son responsables del individuo.

La intervención en lo social, en tanto comprender la salud como un proceso histórico-social, implica una mirada acerca de las articulaciones entre salud y derechos sociales, en términos de ciudadanía" *Carballeda A.*

Es necesario comenzar a preocuparnos por otras cosas no solo la salud. Ej. Certificado de discapacidad, escolaridad, etc.

La actualidad se caracteriza por:

- la fragmentación de la sociedad
- ruptura de lazos sociales
- la sensación de no pertenecer a un todo social
- la crisis de representación de quienes gobiernan"

Es en este sentido que Carballeda introduce el término *"Problemáticas Sociales Complejas" (PSC)* para referirse al producto que surge de la tensión entre necesidades y derechos sociales y civiles; en un contexto signado por grandes desigualdades sociales, emergencia de derechos subjetivos, incertidumbre entre las expectativa sociales y las posibilidades de alcanzarlas y crisis institucional.

Nos encontramos en nuestras prácticas con nuevas formas de padecimiento, subjetividad y conflictividad en un mundo caracterizado: por incertidumbre con respecto al futuro, nuevas formas de pobreza, la perdida de lugares de socialización y nuevos movimientos migratorios

Otra característica que Carballeda atribuye a las PSC es su movilidad y permanente metamorfosis, así es que la intervención en una institución interpela a considerar mucho mas que lo que tradicionalmente se consideraría como la especificidad de cada institución

Problemáticas Sociales Complejas y la intervención en lo social

Morin, plantea que *"el enfoque reduccionista consiste en remitirse a una sola serie de factores para solucionar la totalidad de los problemas planteados por la crisis multiforme que atravesamos actualmente, termina siendo un problema mas que una solución".*

Pérdida de solidaridad sistémica entre las instituciones
ejemplos:
* el sujeto que construye una disciplina no es abordable por la otra
* el sujeto que egresa de una institución no es admitido por las otras

La intervención en lo social debe generar nuevos interrogantes que se relacionen:
* con la "visibilidad"
* con "hacer ver" aquello que esta oculto y que genera mas y nuevas formas de atadura"
* con la construcción de espacios de dialogo

<u>Visibilidad</u>: ver o no ver lo que esta presente que choca con nuestros prejuicios

<u>Complejidad</u> como "la interconexión entre la parte y el todo", existe complejidad cuando no se pueden separar los componentes diferentes que constituyen un todo (como lo económico, lo político, lo sociológico, lo psicológico, lo afectivo, lo mitológico) y cuando existe tejido interdependiente, interactivo e inter- retroactivo entre las partes y el todo, el todo y las partes"

<u>Intervención</u> implica construir conjuntamente dispositivos que nos ayuden a recuperar:
* La condición social (reinscripción)
* la historia (desde una perspectiva de sujeto histórico social)
reciclando capacidades y habilidades perdidas y haciendo visible el padecimiento

<u>El escenario actual</u>
* Nuevas formas de exclusión
* Características de los actores que intervienen (como se ven, como creen que los ven)

La lectura desde las PSC nos obliga a trabajar en equipo, de manera interdisciplinaria y con la participación activa de los sujetos que consultan, su familia, su contexto y sus recursos.

La realidad nos invita a pensar en prácticas sociales transformadoras, que no surgen necesariamente de los profesionales, sino del trabajo conjunto entre profesionales y vecinos, con un criterio de inclusión y respeto mutuo por las diferencias.

Existe una relación entre la adicción y lo social que implica meterse en lo social. No podemos trabajar solos en el consultorio. Se necesita transformar la realidad y su entorno. Esto surge de la comunidad donde se trabaja y del trabajo en equipo

Por lo tanto intervención implica generar estrategias de recuperación de aquello que la crisis fragmento o dejo en el olvido, además de construir formas de encuentro entre lo "macro" y lo "micro".

Estas prácticas tienen el sentido de reinscripción porque les permite a quienes las componen recuperar su condición de sujeto socio histórico, les permite además contar una nueva historia de si mismo, para si y para los otros.

Después de todo nuestras vidas siempre transcurren entre historias, historias que nos cuentan y contamos a los demás, historias que construimos en comunidad, eso nos permite ser sociales y construirnos como sujetos en este mar de posibilidades.

En el caso del discapacitado, la mayoría no tiene certificado de discapacidad. Es necesario concienciar de su importancia (entre otros tramites a realizar) acercando a los pacientes a la defensoria del pueblo. Recuperar la condición de sujeto. Nuestras vidas transcurren en historias

---

Por Dra. Marta Chorny

El termino discapacidad, es un termino discutido, cuestionado porque lo emitimos desde lo que alguno no tiene y nosotros nos consideramos dentro del grupo de la normalidad.

Existen prejuicios al trabajar con adolescentes. Le tenemos miedo a las tribus urbanas, cuando en realidad para ellos es un lugar de pertenencia. Un adolescente que no pertenece a una tribu tiene tendencia al suicidio cuando está en una situación de depresión.

Decimos "Adolescentes en riesgo"…de qué? Tenemos el ejemplo de Cromañón donde quien los puso en riesgo fue la misma sociedad.

Alteridad, diversidad, que significan? Los adolescentes no están determinados por la familia en que estén, se tiende a mirar a la familia ante la presencia del adolescencia.

Por Dra. Myriam Duque

Existen grupos de familias o barrios con marginalidad. Es necesario trabajar cerca de ellos y abrir preguntas. Poder ubicarse desde un lugar ante quien se nos presenta, su problemática y que se hace con eso que se nos presenta.

Qué y cómo escuchamos. Ante una demanda puede haber otra oculta. Debemos desarrollar la habilidad de escuchar. El oído es el único sentido que no tiene esfínter para cerrarse. El no oír es selectivo. Abrir el oído y escuchar el qué y el cómo se nos presenta la demanda. A pesar de tener lugares de trabajo similares, existen diferentes equipos de trabajo que se manejan de diferente manera.

La violencia está hacia adentro y hacia fuera. Tratar de encontrar la manera de trabajar con un marco de reflexión, en grupo para encontrar la salida. Pensar que se hace y que no se hace. En nuestro país el poder esta puesto en todos los lugares. Interdisciplina también es ceder ese poder. En un grupo interdisciplinario, cada uno tiene su competencia pero cuando se reúnen en grupo es necesario descomplejizar y tratar de ceder y escuchar al otro compañero y tener un concepto en común. Es importante reconocer que un problema nos excede y buscar ayuda. Ganar en la consulta con otros un vínculo de confianza.

TALLER:

"CREENCIAS, MITOS Y PREJUICIOS" EN TORNO A LA PROBLEMÁTICA DE ADICCIONES.

Coordinan*:*
Lic Beatriz Baldelli (psicóloga)
Lic. Silvia Quevedo (psicóloga)
Lic. Fernanda Mourele (psicóloga)
Lic. Elizabeth Leoz (psicóloga)

Frente a esto, uno tiene una mirada. Esta atravesado por los medios de comunicación. Intentar ponerse en el lugar desde lo posible, desde lo imposible es frustrante. Es necesario trabajar en red, con la comunidad, desde lo social, judicial y la salud.

Responder por SI o por NO. Justificar

Primer premisa: *"todo el que consume drogas es adicto"*

Segunda premisa: *"el consumo de drogas es mayor entre los jóvenes"*

Tercer premisa: *"sin abstinencia no hay recuperación posible"*

Drogas y sus usuarios:

Alarma social. Genera respuestas inmediatas. Permite ubica que el mayor obstáculo en la atención del grupo de drogas, son los mitos, creencias, etc. Acerca de tratamientos, usos, etc.

Es un tema complejo. Radica en las características de esta época por el uso de sustancias. Ha sido desde siempre pero desde otro lugar (ritos religiosos, ceremonias, culto a los muertos, uso de alcohol en ceremonias religiosas, etc.). Extenso uso de sustancias vinculado a lo social.

Actualmente estamos en una lógica de empuje al consumo (capitalismo hipermoderno). Todo es consumible. En este consumo están las drogas que ocupan un lugar oscuro llamando drogas solo a las ilícitas.

Cual es la relación que un individuo puede tener con un objeto. Que valor ocupa la sustancia en su vida cotidiana. Cuales son los efectos de las sustancias en su vida.

Las drogas son potenciadoras de adicción. El alcohol: uso heterogéneo de sustancias múltiples.

Existen muchas clasificaciones: adictos esporádicos, el de uso frecuente, los moderados, los que son psíquicamente dependientes son un porcentaje muy pequeño. Es dependiente aquel que no puede dejar de consumir y toda su vida gira alrededor de esto.

Paco: "no te mata en 6 meses como dicen…"Ver a cada persona. Muchas de las personas que consumen vienen a la consulta con una larga vida de consumo. Muchos de ellos son policonsumidores. (Ej: cocaína, alcohol, con paco). Hay usuarios de clase media.

Teoría de la escalada: en general produce angustia pero mucha gente queda con el consumo de una sola sustancia.

Los esquemas de tratamiento no siempre tienen que estar iniciados con abstinencia. Pensar así puede generar que alguien se psicotice. Ver que lugar ocupa la droga en su vida. Como pensar otros esquemas de tratamiento alternativos.

ABORDAJES POSIBLES PARA UNA PROBLEMÁTICA COMPLEJA

Por Lic. Beatriz Baldelli - Lic. Silvia Quevedo

DISPOSITIVO CENTRO DE DIA "LA OTRA BASE DEL ENCUENTRO"

Bajo Flores. Hosp. Piñero. Camilo Torres 2101. Flores. Villa 11-14
Paradigma de disminución de riesgos y daños. Se trabaja desde la comunidad para entender que la abstinencia no era el único medio para el tratamiento.

Dispositivos preventivos, asistenciales y de neoinsercion social, de umbral mínimo de exigencia destinado a la atención de personas con uso probable de sustancias psicoactivas. Atiende demandas provenientes de la población destinataria, sus familias, allegados y de los actores intervinientes en la trama social local.

Población destinataria:
* A partir de los 12 años.
* Ambos sexos.
* Residentes en el Área de influencia del Hospital Parmenio Piñero

Equipo de salud:
Psicólogos, trabajadores sociales, psiquiatra, médico generalista, profesor de educación física, talleristas, administrativos
.

Marco conceptual
La lógica de los dispositivos se fundamenta en la aplicación de las enseñanzas del psicoanálisis y en la perspectiva de reducción de riesgos y daños.

Modalidad de abordaje de la problemática: se orienta a propiciar dispositivo que favorezcan el lazo social y la construcción de ciudadanía.

Disminuir las consecuencias perjudiciales del abuso de droga, no descarta la abstinencia. Ver las posibilidades de los usuarios que no quieren o no pueden dejar de consumir.

Dispositivos:
1- Asistencial (individual, psíquica, salud)
2- De intervención social en reducción de daños y riesgo
3- De neoinsercion social

Dispositivo de intervención social en reducción de riesgos y daños

* Intervenciones de campo en reducción de riesgos y daños con técnicas de acercamiento en calle en escenarios de concentración de usuarios – Equipos itinerantes interdisciplinarios. No hay un perfil común, homogéneo para todos sino que es para cada quien.

* Formación de promotores de salud como agentes multiplicadores de estrategias de reducción de riesgos y daños, para replicar y multiplicar en terreno dichas estratégias con usuarios de drogas.
* Promover la consolidación de una red comunitaria entre los agentes promotores, las organizaciones comunitarias y el sistema de salud local, para habilitar canales de acceso e inclusión al sistema sanitario y social.

Dispositivo de neoinserción social

Se logra cambiar en la percepción subjetiva
Inserción en talleres con salida laboral en articulación con el COOPA (Cooperativa de obraje para adolescentes) que cuenta con talleres de: computación, carpintería, electricidad, periodismo, mecánica de automotores.

Inserción en talleres son propios, con salida laboral: alfarería, confección de muñecos, costura.

Este trabajo no tendría repercusión si no se trabajara con la comunidad porque los padres no se acercan en general. Existe un periodo de desescolarización donde no se consulta. No se puede esperar la demanda espontánea, por lo que es necesario salir a la comunidad. Se trata de un equipo itinerante que va hacia los escenarios de consumo (ranchada).

Área de capacitación y supervisión:

Esta área transversaliza a los distintos dispositivos.

* Seminario anual *"El campo del uso de drogas. Dispositivos asistenciales y estrategias de intervención social",* abierto a profesionales de distintas disciplinas
* Capacitación interna del equipo interdisciplinario del Centro de Día - frecuencia: quincenal
* Supervisión de casos y de dispositivos de intervenciones sociales así como de equipos de trabajo inter-institucionales

Acepta derivaciones de distintos lugares.

Dispositivo de acercamiento en calle de umbral mínimo de exigencia

Objetivos

1. Reducir las consecuencias perjudiciales asociadas al consumo de sustancias.
2. Conocer a los sujetos en su territorio para optimizar la planificación y evaluación de acciones.
3. Alojar a usuarios en sus ámbitos de consumo.
4. Promover conductas de autocuidado.
5. Facilitar el acceso al sistema de salud.
6. Propiciar la construcción del lazo social y situarlos como sujetos de derecho.

Características de la población:

* Alta vulnerabilidad biopsicosocial potenciada por segregación.
* Patrón de consumo de sustancias: prevalencia de fumado de "paco" asociado a alcohol y psicofármacos.
* Exclusión de los efectores de APS u oferta inapropiada de recursos sanitarios , agravada por auto segregación de los usuarios de sustancias.
* Población de ambos sexos ,mayores de 25 años.
* Circulación constante dentro del espacio local de sujetos residentes y no residentes en el barrio.
* Grupalidad heterógenea
* Sin líderes

Descripción del Dispositivo

Enmarcado en el paradigma de reducción de riesgos y daños y metodología de tipo participativa.

Planificación previa de salida a terreno con suministro de insumos: colaciones, geles, folletería.

La lógica de estas intervenciones apunta a propiciar cambios en el ritual de las prácticas habituales de los usuarios introduciendo un intervalo en la continuidad del consumo.

Articulación con las redes formales y barriales para promover la desestigmatización de los usuarios y la construcción del lazo social:

Cooperación de comedores comunitarios y Proyecto COOPA, en el suministro de colaciones.

Proyecto preventivo: 11 a 14 años (recreativo). Talleres de computación, arcilla y cuidado de la salud.

Acercamiento a usuarios de sustancias toxicas en situación de calle.

Conocer los hábitos de los drogadictos y tratar de acercarse lo más posible a los consumidores del área de salud.

Accesibilidad al CESAC.

Hábitos de cuidado.

Derivados de la hoja de coca: Hojas de coca, pasta de coca, pasta base de cocaína, clorhidrato de cocaína, crack.

Resultados

* Confiabilidad en el equipo de desplazamiento, por parte de los sujetos contactados en escenarios de consumo:

- Solicitud de ayuda/asesoramiento/ derivación asistida en situaciones problemáticas que transitan.
- Acercamiento de los usuarios al Centro de Día.
- Derivación a dispositivos de mayor complejidad.

* Replicación de la intervención: 1 equipo móvil del Cesac Nº 40 articulado en red con el Centro de Día

---

COMO NOS MIRAN Y LOS MIRAMOS.

Por Enf. Andrea Maimianeti (enfermera generalista)

EXPERIENCIA DE ACERCAMIENTO A USUARIOS DE SUSTANCIAS TOXICAS EN SITUACIÓN DE CALLE

Justificación

El uso problemático de sustancias psicoactivas es potenciada por otros determinantes como la exclusión social, la exclusión del grupo familiar, la incursión en muchos casos, en acciones delictivas, y la situación de calle en la que se encuentran muchas personas, jóvenes y adultos. Todo esto conforma un escenario complejo en el cual es necesario intervenir desde los distintos ámbitos de salud y sectores sociales.

Proceso de producción de los derivados de la hoja de coca

* Hojas de coca (bases alcalinas, kerosén, ácido sulfúrico, gasolina, benceno)

* Pasta de coca (ac. sulfúrico, ac. clorhídrico, hidróxido de sodio)

* Pasta base de cocaina (acetona, éter, ac. clorhídrico, cloroformo)

* Clorhidrato de cocaína (bicarbonato de sodio, amoniaco, calor)

* Crack

Remedio – veneno:

"Se *administra una medida si el paciente debe tan solo animarse y pensar bien de si mismo; el doble si debe delirar y sufrir alucinaciones; el triple si ha de quedar permanentemente loco; el cuádruple si debe morir".* Teofrasto (377 – 288 A.C)

"Solo la dosis hace de algo un veneno". Paracelso (Siglo XVI)

Droga**:** (dichos)

"La droga destruye a la familia"
"Es el peor flagelo de esta época"
"La droga te domina"
"Empieza por la marihuana y termina con lo peor"
"La droga te mata"
"No te juntes con ése, que se droga"
"Si los que se usan drogas no quieren tratarse, no podemos hacer nada"
"Si estas drogado, no podes cuidarte"

Políticas de reducción de riesgo y daño

Objetivos

1. Mantener el contacto con el máximo número de consumidores de drogas como objetivo prioritario. Para ello es imprescindible diversificar y ampliar la oferta asistencial, situando a los profesionales sanitarios, sociales y educadores en los lugares clave. Dichos programas deben adaptarse a la realidad y necesidades del consumidor.

2. Reducir al mínimo los riesgos biopsicosociales asociados al consumo activo de drogas.

3. Reducir el riesgo de transmisión de infecciones dentro y fuera del grupo de consumidores activos.

4. Detectar necesidades.

5. Promover el diagnostico precoz y la profilaxis de infecciones oportunistas y tratar las patologías asociadas.

6. Facilitar el acceso hacia otros recursos para aquellos que lo soliciten.

7. Promover su participación como agentes de salud personal y en la promoción de comportamientos más sanos entre sus pares.

8. Intervenir para disminuir o dejar el uso de cualquier sustancia psicoactiva.

Experiencia de acercamiento en campo

Objetivo general

Realizar un abordaje de campo para favorecer el vinculo con los usuarios de sustancias toxicas en situación de calle o no, con dependencia o no, con el sistema de salud.

Objetivos específicos

1. A partir del acercamiento ampliar el número de consumidores contactados.
2. Conocer los hábitos de consumo.
3. Favorecer la accesibilidad al sistema de salud.
4. Apropiación de pautas de cuidado.

Accesibilidad al sistema de salud

Modalidades de alojamiento: *De Puertas Abiertas*

Criterio: *De Bajo Umbral de Exigencia*

Se tiende a lograr establecer un contrato: *"Yo te doy pero vos también tenés que hacer algo por vos"*

El vínculo se debe establecer con el sujeto, no desde la identificación de adicto.

Apropiación de pautas de cuidado

A partir de establecer la vinculación el trabajo de cuidado fue posible.

- Refuerzo permanente de alimentación e ingesta de líquidos
- Pautas de Higiene Personal:

Su condición de calle aumenta los riesgos de contraer cualquier enfermedad.

- Lavado de maños.
- Cuidado de los labios.
- Vacunación (Doble Viral, Antitetánica, Hepatitis B)
- Dación permanente de preservativos.
- Se insiste permanentemente sobre el riesgo de mezclar sustancias para evitar sobredosis.

FUNCIÓN DEL PEDIATRA: PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE CONDUCTAS DE RIESGO EN INFANCIA Y ADOLESCENCIA.

Por Dra. Nora Reboledo - Dra. Graciela Morales (pediatras)

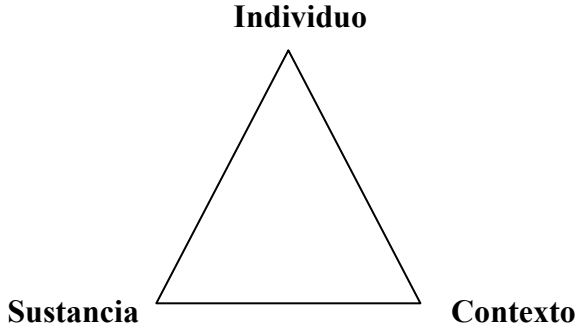
PREVENCIÓN EN PEDIATRÍA
¿De qué Hablamos?

Conjunto de medidas tendientes a evitar o reducir el impacto de acciones nocivas para el individuo y la sociedad

Prevenir es: *«la adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, mentales y sensoriales (prevención primaria) o a impedir que las deficiencias, cuando se han producido, tengan consecuencias físicas, psicológicas y sociales negativas»*. (ONU)

Modelo actual de prevención:

Integrador (enfoque de salud biopsicosocial - OMS)
Basado en la interacción entre



Modelo multidimensional

<u>Individuo</u>
- Genéticos
- Neurofisiológicos
- Estilos cognitivos y conductuales
- Patrones de personalidad
- Proceso de socialización

<u>Sustancia</u>
- Tipo y efecto de la sustancia
- Patrón de consumo
- Uso/abuso
- Legal/ilegal
- Dosis
- Tiempo de consumo

Contexto
- Estereotipos sociales
- Factores históricos
- Marcos culturales
- Valores y actitudes de los grupos sociales
- Disponibilidad real de la sustancia en el entorno
- Aceptación social del consumo
- Grupos sociales de relación
- Percepción de uso y disponibilidad

Tipos de prevención:

- Prevención primaria: para evitar experiencias de consumo.
- Prevención secundaria: para evitar el consumo problemático.
- Prevención terciaria: para evitar que la situación de consumo empeore y disminuir los daños asociados a éste.

Prevención universal: dirigida a la población no consumidora. Se desea fomentar valores y dotar de habilidades para la vida.

Factores de riesgo.

Son características del individuo, de su entorno o de la sociedad en su conjunto que incrementan la posibilidad de que se produzca un daño. No son determinantes en si mismos, sino posibilitantes.

Factores de protección

Son características del individuo o condiciones ambientales que reducen la posibilidad de que se produzca un daño

Factores contextuales microsociales:
* La familia:

Factores de riesgo
- Desestructuración familiar
- Rigidez en las normas familiares
- Automedicación en la familia
- Ausencia de límites
- Exceso de protección
- Falta de comunicación y de negociación
- Falta de reconocimiento

Factores protectores
- Familia de comportamiento saludable
- Estilo democrático de educación

- Núcleo familiar estable
- Promoción de la autonomía
- Habilidades de comunicación
- Establecimiento de normas claras, razonables y consistentes

* La escuela:

Factores de riesgo:
- Autoconcepto del joven como fracasado
- Bajo rendimiento escolar
- Actitudes educativas rígidas por parte de los profesores
- Modelo permisivo de las sustancias adictivas

Factores de protección:
- Buen autoconcepto
- Apropiado rendimiento escolar
- Modelado educativo desde el profesorado
- Modelo educativo que favorezca el análisis crítico de la realidad

* El grupo de pares

Factores de riesgo:
- Dependiente del grupo
- Presión del grupo
- El grupo es consumidor de sustancias

Factores de protección:
- Mantiene su propia personalidad dentro del grupo
- El grupo respeta las decisiones individuales
- El grupo no consume sustancias

Los chicos conocen los efectos de las drogas porque lo averiguan, pero lo que no saben, lo que Internet no dice, son los efectos negativos de las drogas.

Factores contextuales macrosociales:

* Sociedad:

Factores de riesgo:
- Competitividad
- Superficialidad
- Consumismo
- Individualismo

Factores de protección

- Cooperación
- Definición real de necesidades
- Análisis
- Solidaridad

Factores individuales

* En la persona

Factores de riesgo

- Falta de autoestima
- Actitud pasiva ante la vida Impulsividad
- Agresividad
- Desconfianza
- Incapacidad para resolver problemas

Factores de protección

- Adecuada autoestima
- Autocontrol.
- Asertividad
- Confianza
- Adecuada resolución de los problemas

Factores vinculados a la sustancia

- Oferta de la sustancia / Reducción de la oferta
- Propiedades farmacológicas de la sustancia
- Vía de administración
- Capacidad adictógena de la misma

Percepción social del fenómeno de las drogas:

- La tolerancia social hacia algunas drogas (las legales solamente?)
- Responsabilidad de medios de comunicación.
- Los mitos.
- Los mensajes poco significativos.
- La experiencia personal

Situación de riesgo:

Circunstancia que ofrece riesgo a toda una comunidad o grupo social que trasciende el comportamiento individual. (Ej: tolerancia social al consumo de alcohol por parte de adolescentes).

Mitos y creencias:

- Se percibe de más alto riesgo el consumo de drogas ilegales (drogadicto = delincuente)
- Una alta percepción de riesgo sobre una droga contribuye a minimizar esa percepción sobre otras (ej. cocaína sobre tabaco).
- Las sustancias más aceptadas socialmente son también las más consumidas (baja percepción de riesgo, moda, uso potenciado por líderes mediáticos, novedad en el mercado, baja amplificación sobre efectos adversos en los medios de comunicación, etc.) *La fama también afecta a las drogas*
- Los jóvenes se drogan más que los mayores (doble moral de la sociedad)
- Todas las drogas generan dependencia desde el primer consumo.
- Las personas que consumen drogas menos aceptadas socialmente son marginadas

Es necesario hacer prevención desde la primera consulta, en el embarazo, con los padres y con el adolescente. También en las escuelas con docentes.

Abordaje del adolescente de riesgo:

1- Saber escucharlos, brindarles un espacio, respetar el derecho a opinar, descubrir sus potencialidades y reforzarlas, reforzar su autoestima, (ejercicio pleno de sus derechos), limites, vinculo
2- Los niños tienen derechos
3- Historia clínica del adolescente (abordaje integral) Google: historia clínica del adolescente)
4- Entrevista
5- Espacio: privacidad, confidencialidad, empatia- vínculo, capacidad de escucha, respetar tiempos, reconocer espacios.
6- Abordaje integral: hogar, educación, actividades, drogas, dietas,
7- Diagrama familiar
8- Vida social: hábitos, situación psicoemocional

Anamnesis:

1- Dirigidos: boliches, música, viaje de egresados, fiesta de egresados, tiempo libre, estado de animo.
2- Con quien vive?
3- En que barrio?
4- Como se lleva con la familia?
5- Hábitos: alteración del sueño, del apetito, descuido personal.
6- Escuela: Disminución de la capacidad de atención, inasistencias, trastornos de conducta, suspensiones, expulsiones, deserción escolar, remitente, familia presente?

Conducta:

1- Riesgos: violencia, relaciones sin protección
2- ITS, SIDA, embarazo.

3- Incluir a los padres con el permiso del adolescente. "Todos los adolescentes tienen derecho a dar su opinión y consentimiento sobre el tratamiento e indicaciones que se le brinden en el servicio.
4- Trabajar con la familia, abordaje interdisciplinario, armado de redes, derivación personalizada

---

DISCAPACIDAD:" MITOS, ESTIGMAS Y PREJUICIOS"

Por Dr. Fernando Stern (médico psicoanalista)

¿Que nos pasa cuando recibimos un paciente con discapacidad?

La discapacidad no es patrimonial. El saber medico esta muy exigido, con muchas responsabilidades y pocas maneras para resolver. "No podemos no saber algo" debemos aceptar nuestro desconocimiento. Lo diverso, la interdisciplina en el ambiente público, no se está solo (Estado). El campo médico esta cerrado a la interdisciplina. Que significa: *"No se, espere, que voy a llamar a…"*, que significa una derivación o una interconsulta?

La discapacidad no es un déficit. Es grave confundir discapacidad con enfermedad. Nuestro país es el primero en medicar a niños con supuesto diagnostico de Trastorno por Déficit de Atención (ADD). Toparse con una familia con un niño con discapacidad deja en evidencia nuestra propia discapacidad que se manifiesta con nuestra propia sensación de la discapacidad ya que no sabemos como comenzar dentro del consultorio

¿Qué hago con toda la estructura que me viene a ver?, con la familia. ¿Por que nos cuesta decirles a los padres que tiene un hijo con discapacidad? Nos enfrenta a nuestro propio sufrimiento, en ponernos en el lugar de los padres, porque "esta fuera de lo normal" ¿Que es lo normal?

En una familia con un integrante (hijo) discapacitado se le da poco lugar a los otros hijos "sanos".

¿Que es un niño normal? ¿Que requisitos tiene que cumplir? Hoy en día un hijo tiene que ser toda una estrella ! El prejuicio es una construcción mental que se acompaña de estereotipos. Adquiere funcionalidad y universalidad. Cuando el prejuicio sobrevalora lo superior y lo inferior es discriminación. De esta a la estigmatización, hay un paso.

Dar la notita a la familia de tal manera que ella pueda organizarse. La palabra cobra un valor fundamental. Usar la palabra de manera tal que no se haga iatrogenia.

Que hacemos, ¿tomamos a la discapacidad (construcción sociocultural basada en nuestra cultura de la desigualdad) o tomamos al sujeto con su discapacidad?

Existe un contexto que posiciona al sujeto y a la familia. Al estigmatizar discriminamos su persona y su grupo. La familia está instalada en un lugar devaluado para si misma. La familia del discapacitado no es igual. Que miramos, ¿al sujeto o a la discapacidad?

La sociedad es inclusiva, que todas las instituciones sean inclusivas. Hay que darle al sujeto discapacitado todas las posibilidades, que se integre o no es una cuestión de él.

Familia y discapacidad: ¿familias diferentes?

Producciones familiares

- Carácter universal
- Capacidad para generar interrogantes acerca del origen y la identidad.
- Usina de transmisión de significados

Filiación

- Posibilidad de repasar la propia infancia
- Expectativa de concluir lo inconcluso
- La trascendencia

Estructura y consistencia:

- Estructura de personalidad de los padres
- Grados de vergüenza o culpa
- Fortaleza de las relaciones de alianzas (cada uno de ellos y entre si, como atraviesan la alianza con la discapacidad, el discapacitado es el eje del conflicto o el eje de ella)
- Capacidad de respuesta ente duelos: como cualquier pérdida (del ideal).
- Marco sociocultural: es relativo. No tiene que ver con las condiciones de la familia ni con lo público o privado.
- Nivel de estructuración narcisista.
- Desparentalización / apropiación.
- Ligazón / Expulsión.
- Delegación.
- Mitificación

Los Mitos

Finalidad
→ Resolver Incertidumbres.
→ Designar roles/funciones.

Contenido
→ Leyendas.
→ Preceptos.

Convicción
→ Adhesión colectiva/ acrítico

Clima Emocional
→ Idealización.
→ Exaltación.

Función
→ Defensa y Protección.

Transmisión
→ Negación - Proyección - Omnipotencia.

Mecanismo
→ Intrafamiliar.
→ Intergeneracional

Hipótesis

La discapacidad "lidera" la dinámica familiar.
El "debate libidinal" se centra en procesos de ligazón – expulsión.
Estos procesos reeditan en lo intrafamiliar mecanismos sociales de exclusión/inclusión.

Nuevos paradigmas de la discapacidad:

¿Qué es un paradigma?

Un paradigma es…

- Una estructura de pensamiento
- Un modelo
- Una cosmovisión
- Una forma de mirar
- Una forma de estudiar al hombre
- Debe ser compartido y consensuado

¿Qué cambios paradigmáticos se han producido en estos últimos tiempos respecto a la discapacidad?

- Cambio a nivel del individuo: se ha pasado de poner énfasis en sus carencias a promover sus capacidades.

- En vez de encontrarnos con un sujeto pasivo cuidado debido a su déficit, nos acercamos a un sujeto activo que toma decisiones sobre su propia vida en la medida de sus posibilidades.
- Cambio de visión a nivel social: se ha pasado de pensar que era un problema individual para hacernos responsables de la atención de este colectivo a nivel social.
- Cómo se organiza la sociedad frente a la temática: desde el Estado y la Sociedad Civil en la promoción y equiparación de oportunidades de las personas con discapacidad.
- Pasar del paradigma del déficit al paradigma de la diversidad, acentuando las capacidades y el apoyo desde el contexto en este cambio de mirada.

Criterios de Clasificación de la Discapacidad:
De la CIDDYM a la CIF

1976: Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidad y Minusvalías (CIDDM), promovida por la Organización Mundial de la Salud (OMS)

CIDDM

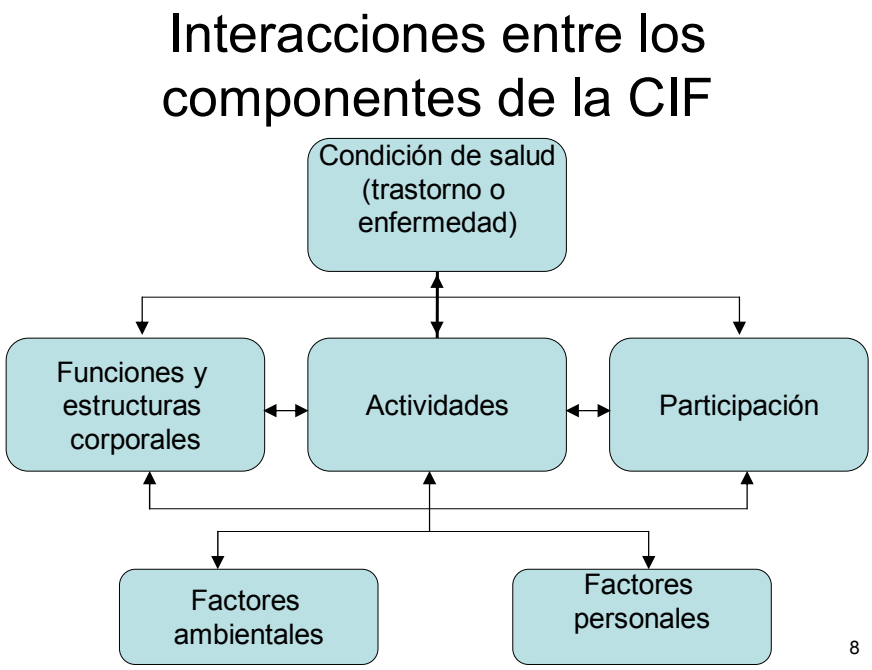
Deficiencia: anormalidades en la estructura corporal: de la apariencia y la función de un órgano o sistema, cualquiera sea su causa. Por ejemplo: pérdida o daño en el ojo.

Discapacidad: refleja las consecuencias de las deficiencias desde el punto de vista del rendimiento funcional y de la actividad del individuo. Por ejemplo: persona con discapacidad visual.

Minusvalía: desventaja social. Por ejemplo, no poder acceder a un trabajo.

Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud (CIF) -2001-

- La Clasificación se complejiza y toma en cuenta otros constructos.
- La CIF utiliza un enfoque "biopsicosocial".
- Combina el modelo médico con el modelo social, haciendo especial hincapié en los apoyos brindados desde el contexto.
- Es compatible con la visión que aspira a reemplazar, a abandonar a la persona con discapacidad como sujeto de caridad y tomar conciencia como titulares de derecho.
- Pasar de ser pacientes a tomar conciencia que son ciudadanos independientes.
- Abandonar la idea que los profesionales tomen las decisiones y tomar conciencia de la capacidad de las personas con discapacidad y sus organizaciones para tomar decisiones.
- Paradigma de los Derechos Humanos ("Por derecho, no por caridad")



Funcionamiento y Discapacidad

A) Funciones y estructuras corporales:

- Funciones: son las funciones fisiológicas de los sistemas corporales. Por ejemplo: ver o no ver.
- Estructuras corporales: son las partes anatómicas del cuerpo tales como los órganos, las extremidades y sus componentes. Por ejemplo: el ojo

B) Actividad y Participación

- Actividad: es la realización de una tarea o acción realizada por una persona. Limitaciones en la actividad son las dificultades que una persona puede tener en el desempeño/realización de las actividades.

- Participación: es el acto de involucrarse en una situación vital. Restricciones en la participación son problemas que una persona puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales.

Factores contextuales

C) Factores ambientales: ambiente físico, social y actitudinal en la que las personas viven y desarrollan su vida. Los factores son externos a los individuos y pueden tener una influencia positiva o negativa en el desempeño del individuo como miembro de la sociedad.
Barreras o Facilitadores

D) Factores personales:
Características propias del individuo, el sexo, la raza, la edad, los estilos de vida, etc. Todavía no se clasifican en la CIF

Existen movimientos, profesionales, organizaciones

1- a nivel del individuo, se deja de pensar en sus carencias y enfatiza sus capacidades.
2- Toma decisiones sobre su vida según sus posibilidades.
3- Dejo de pensarse como individual y paso al colectivo social.
4- Se organiza la sociedad frente a los beneficios
5- Pasamos del paradigma del déficit al paradigma de la diversidad.

DISCAPACIDAD: INTERVENCIÓN ACTIVA DEL PEDIATRA EN EL EQUIPO DE SALUD.

Por Dr. Daniel Ventura (pediatra) – Lic. Bárbara Santiago (psicóloga)

CESAC 18 Hospital Parmenio Piñero

Abordaje integral de la discapacidad desde la APS

Villa 20 Lugano. CGP 8.

- Población con necesidades básicas insatisfechas 4 veces mayor al cordón N de la ciudad. Accesibilidad dificultosa por desniveles, falta de asfalto y pasillos estrechos.
- Precariedad habitacional extrema.
- Contaminación ambiental lindante al cementerio de automóviles en donde actualmente se encuentra un asentamiento.
- 25.000 habitantes en 30 manzanas, 50% < a 18 años.
- 40% de la población activa sin trabajo.
- Desnutrición 18%.

Problemas de índole social y centrados en la integración de las personas a la sociedad. No es un atributo de la persona. Cuestan los canales de derivación. Talleres de capacitación que no se pueden sostener por falta de medios.

50% de discapacitados son niños y adolescentes.

- 31% materna
- 14% mixta
- 35% mental
- 5% multi-impedido

Certificado de discapacidad: muchos no lo tienen por falta de información
Pensión por discapacidad: el 64%, no lo tiene
Cobertura social pobre.
En el 2004, el 50% no estaba escolarizado. En el 2008, se logro incorporar al 72% al colegio.

Organización de festejos y salidas:

Admisión:

- Recepción y contención
- Conocimiento del familiar acerca del diagnostico
- Dudas sobre el pronostico
- Evaluar la inclusión al programa
- Iniciar el abordaje de algunas ansiedades, temores y culpas
- Articulación con salud reproductiva
- Proponer una evaluación inicial por las especialidades pertinentes

<u>Problemáticas de la familia</u>

- Falta de conocimiento e información de los familiares sobre los derechos de las personas con discapacidad
- Alto grado de ocultamiento, aislamiento y exclusión social del discapacitado
- El cuidado familiar de los niños discapacitados múltiples.
- Deterioro marcado de la funcionalidad familiar

Reflexiones sobre el rol del pediatra:

1- Primordial en la prevención
2- Primordial en la promoción el desarrollo
3- Identificación precoz y oportuna de las alteraciones del desarrollo infantil
4- Reconocer prejuicios y preconceptos sobre discapacidad
5- Evitar encarnizaciones diagnósticas
6- Inclusión precoz en espacios de estimulación adecuados
7- Trabajar junto con la familia a partir de su contención, en la identificación y priorización de los problemas a abordar
8- Acordar con la familia y el equipo interdisciplinario un plan de trabajo posible y progresivo que incluya acciones de cuidado, seguimiento, rehabilitación, inclusión en el sistema educativo, recreación
9- Certificación de la discapacidad, gestión de elementos ortopédicos
10- El consultorio no es el único ámbito de trabajo del pediatra
11- Aumentar la dimensión cuidadora de nuestras acciones (vacunas, alimentación, llamarlos por el nombre, etc.)
12- Derivación adecuada a dispositivos diagnósticos integrales con la pertinencia social y familiar

---

Agradecimientos:
A la valiosa colaboración a la participante del Curso: Dra. María Virginia Baglietto por sus aportes para la elaboración de este material