

**EL PACO: UN PROYECTO DE MUERTE  
CASA FARO: UN PROYECTO DE VIDA  
CENTRO DE DIAGNÓSTICO Y DERIVACIÓN  
“CASA FARO”**

<sup>1</sup> Perla S. Méndez Y <sup>2</sup> Héctor M. Murillo

**RESUMEN**

El trastorno por el consumo de sustancias, constituye hoy un problema de salud pública de gran importancia por su incidencia, resistencia al tratamiento y por presentarse en edades cada vez más tempranas. Casa Faro, es un centro de Diagnóstico y Derivación que hace más de dos años y medio, tiene como objetivo el abordaje de pacientes con la problemática del consumo de sustancias, la más representativa en la actualidad por ser altamente toxica y adictiva: el Paco.

El presente trabajo pretende describir el dispositivo y las estrategias de abordaje durante la internación, para luego dar continuidad y finalización al tratamiento en comunidad terapéutica. La mayoría de los residentes ingresan en situación de calle, marginalidad y abandono y es de suma importancia poder contar con las redes saludables de contención, ya sean familiar o con las que el niño, niña y/o adolescente a formado en su pedido de ayuda, considerando la nueva ley de salud mental (Ley 26.657), que ampara a los residentes. Finalmente, se comentan estadísticas con dicha problemática en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires para la práctica clínica e investigaciones futuras.

---

<sup>1</sup> Lic. en Psicología titulada por la Universidad Católica Boliviana “San Pablo”, Especialista Terapia Familiar Sistémica y en el abordaje de las Adicciones: [perla\\_stephanie@hotmail.com](mailto:perla_stephanie@hotmail.com)

<sup>2</sup> Lic. en Psicología titulado en la Universidad Argentina J.F. Kennedy, Especialista Terapia Familiar Sistémica y en el abordaje de las Adicciones, Sexólogo: [hectormurillo@yahoo.com](mailto:hectormurillo@yahoo.com)

**Palabras Claves:** Consumo de Sustancias, Paco (Pasta base), Marginalidad, Dispositivo de Pre-Comunidad, Ley de Salud Mental (26.657).

**PACO: A PROJECT OF DEATH  
HOUSE LIGHTHOUSE: A PROJECT OF LIFE  
CENTER FOR DIAGNOSTICS AND SHUN  
"HOUSE LIGHT"**

**ABSTRACT**

The disorder by the consumption of substances is now a public health problem of great importance because of their incidence, resistance to treatment and to be presented at an increasingly early age. House Lighthouse is a center for diagnosis and lead to more than two and a half years ago, has as its objective the approach to patients with the problems of substance abuse, the most representative today by be highly toxic and addictive: the Paco.

This work seeks to describe the device and the strategies of approach during the encampment, to then give continuity and completion of treatment in therapeutic community. The majorities of the residents are admitted in situation of street, marginality and abandonment and is of the utmost importance to be able to count on the networks of healthy containment, whether family or with which the child and/or adolescent formed in their request for assistance, considering the new mental health act (Law 26,657), which protects the residents. Finally, we discuss the problem with statistics in the Autonomous City of Buenos Aires for clinical practice and future research.

El PACO: un proyecto de muerte  
Casa FARO: un proyecto de vida  
Centro de diagnóstico y derivación "CASA FARO"

**Key Words:** Consumption of substances, Paco (base paste), marginality, Device of Pre-Community, Mental Health Act (26.657).

**PACO: PROJETO DE MORTE  
CASA EM DESTAQUE: UM PROJETO DE VIDA  
CENTRO DE DIAGNÓSTICO E ENCAMINHAMENTO  
"CASA LUZ"**

Resumo

O uso da substância desordem, agora é um problema de saúde pública de grande importância para a sua resistência ao tratamento, incidência e apresentado em uma idade cada vez mais precoce. Faro Casa, é um centro de diagnóstico e encaminhamento que há mais de dois anos e meio, visa abordar os problemas de pacientes com o uso da substância, hoje o mais representativo para ser altamente tóxica e viciante: Paco. Este trabalho tem como objetivo descrever o dispositivo e estratégias de enfrentamento durante a internação, e em seguida para continuar e terminar no tratamento comunidade terapêutica. A maioria dos residentes entrar na rua, marginalização e abandono e é muito importante a ter redes de contenção saudáveis, se a família ou com a criança e / ou adolescente formada a fim de ajudar considerando a nova lei de saúde mental (lei 26.657), que protege os moradores. Finalmente, discutimos as estatísticas com este problema na Cidade Autônoma de Buenos Aires para a prática clínica e pesquisas futuras.

Palavras-chave: Uso de Substâncias, Paco (Pasta base), a marginalidade, Portable Comunidade Pré-Saúde Mental (Lei 26.657).

**EL PACO: UN PROYECTO DE MUERTE  
CASA FARO: UN PROYECTO DE VIDA  
CENTRO DE DIAGNÓSTICO Y DERIVACIÓN  
“CASA FARO”**

Artículo recibido en: 20/07/2012

Manejado por: Editor en Jefe - IICC

Aceptado: 14/11/2012

No existen conflictos de interés

**INTRODUCCIÓN**

El consumo de drogas en la actualidad y sus consecuencias constituye una de las problemáticas de debate nacional en instancias jurídicas, políticas y comunitarias. Las posiciones acerca de los daños y/o prejuicios sociales y a nivel de salud personal y de la comunidad resultan variadas y a menudo contrapuestas. También existe falta de consenso en cuanto a los factores biográficos, comunitarios y de contexto sociopolítico que obran como disparadores y/o estimulantes del fenómeno en cuestión (Brasenco, 2011).

Casa Faro es un Centro de Diagnóstico y Derivación, efector del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, con la dirección general: Dr. Marcelo R. Ceberio y Dr. Horacio Serebrinsky (Directores generales de la Escuela Sistémica Argentina, E.S.A), que a mediados del mes de junio del 2009, reabre sus puertas al tratamiento de las adicciones.

El funcionamiento que tiene Casa faro es el de un sistema de pre-comunidad terapéutica, donde los residentes van incorporando diferentes reglas y normas en el

tiempo de estadía y acorde a las exigencias de la estructura misma del dispositivo, que tiene un inicio y un final en las diferentes fases.

En esencia, la idea es ubicar inmediatamente al residente en una actividad terapéutica, mientras se desarrolla el proceso diagnóstico y se elige modalidad de su tratamiento (Kalina, 2000).

En estos años de gestión se trabaja con residentes que son derivados de distintos lugares y en diferentes situaciones. Un gran porcentaje viene en situación de calle, derivados por la Dirección Operativa de Política Social en Adicciones (ASA), Instituto de menores San Martín, Roca, Inchausti, Belgrano, hogares transitorios y redes de ayuda (108), Buenos Aires Presente (BAP), para esta población en riesgo. Muchos de estos residentes son derivados a comunidad terapéutica una vez culminado las fases de la pre – comunidad y otros abandonan el tratamiento por no adherirse al mismo. Por Casa Faro han transitado más de trescientos residentes, se realizan más de doscientos psicodiagnósticos y han sido derivados más de cien niños/as y adolescentes a diferentes comunidades terapéuticas de Capital Federal y Provincia de Buenos Aires.

Con la nueva ley 26.657 de salud mental, ningún residente puede estar internado contra su voluntad y privado de sus derechos y libertades. Así mismo y un alto porcentaje se encuentran en una puerta giratoria entre ganas de realizar tratamiento (con varios reingresos) y seguir viviendo en la calle (Ley Nacional de Salud Mental 26.657, 2010).

El trabajo es arduo y exige una continua reformulación de conceptos y modalidad de trabajo con una población sumamente delicada ya que en su mayoría son niños/as y adolescentes en situación de calle, marginalidad, pobreza extrema que sufren de

abandonos, abusos sexuales, que carecen de necesidades básicas de salud, escolaridad, afecto, etc.

### UNA VENTANA A LA REALIDAD

El consumo de drogas, por lo general es acompañado por diferentes interrogantes sobre los efectos y una idea más o menos definida, de porque se consume. En este sentido, las posibilidades pueden ser muchas, pero en situaciones de marginalidad y pobreza, se vinculan con la mitigación del dolor, carencias afectivas, ausencia de padres, y del rol del padre como con su función (la ley, límites,) y la materna como contención y primer contacto de apego.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) define drogas a toda sustancia (natural o química) que, introducida en un organismo vivo por cualquier vía de administración, es capaz de actuar sobre el Sistema Nervioso Central (SNC) y además es susceptible de crear dependencia física, psíquica o ambas.

Las drogas son sustancias que se convierten en el objeto de una relación cuando ésta llega a hacerse adictivas. La droga en sí no existe: es el sujeto drogadicto quien convierte ciertas sustancias en drogas al establecer un tipo de relación y unas formas o patrones de uso. Entendemos que la existencia de las drogas no es la causa de la drogodependencia; en la producción del fenómeno de la dependencia de sustancias psicoactivas existe una relación de causalidad entre el consumo de drogas, los factores dependientes del sujeto consumidor y su ambiente social (Kalina, 2000).

Se podrían distinguir tres niveles diferentes con respecto al consumo de una sustancia:

- El uso: como una pauta de consumo aislada
- El abuso: que se relaciona con la utilización desmedida de una sustancia.
- La adicción: estado en el que estará establecida una relación de dependencia y una conducta de búsqueda “craving ” (comportamiento de búsqueda de droga”.

La dependencia física no siempre está acompañada de una conducta de búsqueda, ya que, para que esta se construya, es necesario un “refuerzo positivo”. Este se produce cuando una emoción queda ligada al consumo y se interpreta como una recompensa; en general es una sensación de gratificación (Zieher, 2003).

El avance del consumo de drogas en la Argentina se acentuó con la crisis económica del 2001, cuando miles de ciudadanos pasaron a formar parte de las filas de “los nuevos pobres” y cambiaron hábitos de vida, que entre otras cosas comportaron un inicio más temprano en el consumo y/o alcanzando niveles de consumo dañinos para la salud en los sectores de menores recursos. Se extendió el consumo de drogas baratas y de alta toxicidad como los solventes/inhalantes y el “Paco”. Esta droga llegó a popularizarse como la “droga de los pobres”, aumentando su consumo en un 200% desde el 2001 hasta el 2005 (SEDRONAR, 2005).

El "Paco" es un producto intermedio del proceso de elaboración de la cocaína. Al macerar las hojas de coca y mezclarlas con solventes de alta toxicidad, como parafina, bencina, éter y ácido sulfúrico, se obtiene esta sustancia psicoactiva. Entendemos por sustancia psicoactiva a todo elemento, que al ser incorporado al organismo, actúa sobre

el sistema nervioso central, provocando una alteración física, psíquica y/o intelectual (Brasesco, 2011).

Llamada también Pasta Básica de Cocaína o PBC, el “Paco” es una droga callejera de bajo costo, elaborada a partir de bicarbonato de sodio, cafeína, alcaloide de cocaína y anfetaminas, se vende de esta forma en buena parte de Sudamérica. Se suele consumir por vía respiratoria en pipas (generalmente caseras), debido a su composición química, es altamente tóxica, adictiva y muy común entre los sectores más pobres de los diferentes países por su bajo costo y fácil adquisición en las calles (Brasesco, 2011).

En líneas generales existe una confusión muy grande en consumidores y profesionales acerca de que es, cómo se elabora y como se consume esta droga, existiendo diferencias: El Paco es más nocivo que la PBC porque no tiene sulfato de cocaína, ni hidrocarburos, porque es cocaína alcaloide pura, como el crack. Según Arizaga, reconoce una diferencia entre el Paco y la PBC se subdividen en dos categorías de acuerdo con el criterio de diferenciación: por modo de consumo y por composición y modo de preparación.

La diferencia se basa en que la PBC se consume en pipa y el Paco en cigarrillo. La pipa para consumir PBC la fabrica el consumidor con latas de gaseosas abolladas o tubitos de aluminio (antena de TV o tubo de cortina). Para consumir el Paco se puede comprar un cigarrillo en el quiosco o bien fabricarse una cigarrillo tipo porro de marihuana. El consumo de PBC se asocia al consumo de personas de sectores medios, medio bajos y bajos con inclusión social, y el de Paco a consumo de grupos más marginales (sin inclusión social). PBC es la sustancia que venden a los consumidores y Paco al modo de consumo que estos le dan. Además, la diferencia se basa en la cocción, existiendo dos teorías principales: 1. Teoría de la Resaca: se asocia resaca con Paco,



siendo la resaca el resto del proceso de producción de cocaína. El Paco tendrá menor calidad y mayor riesgo por ser el rejunte de lo que queda en la olla después de la cocción, más el agregado de otras sustancias para hacer rendir más resaca. Los consumidores dicen que la PBC viene en piedra y es amarillenta y el Paco, resaca menos pura, viene en polvo y es blanco. 2. Teoría del Corte: la PBC es más pura y el corte se produce antes que finalice el proceso de elaboración de la cocaína (detención del proceso de cocción). El riesgo de la PBC y su calidad dependen de con cuales sustancias se corte el proceso de purificación de la cocaína (Arizaga, 2007).

Los efectos son de tipo estimulante produce una intensa sensación de placer y estimulación del sistema nervioso central (SNC), que sucede en pocos minutos y deja al consumidor con el deseo de repetir la toma una y otra vez (Craving). Se la divide en fases:

#### Primera Fase

- Euforia, disminución de las inhibiciones, sensación de placer, vigilancia, hiper excitabilidad, impresión de competente y capaz, aceleración y distorsión de los procesos del pensamiento.

#### Segunda Fase

- Malestar seguido de fuerte sensación de angustia, depresión brusca, inseguridad, deseo incontenible de consumir para buscar los efectos de la primera fase. Tristeza, apatía.

#### Tercera Fase

- Consumo ininterrumpido, pérdida de contacto con la realidad, psicosis grave, daño en todo el organismo.

En cuanto a los efectos físicos-corporales (delgadez extrema y rápida, problemas de vista, heridas en los labios producidas por la pipa), orgánicos (problemas pulmonares, dificultad para respirar y daños neurológicos), psicológicos (perdida de proyectos y de sentido, desmotivación, despersonalización, miedo, paranoia) y sociales (pérdida de redes sociales familiares, escolares, laborales, etc.) (Brasenco, 2011).

Desde el punto de vista de la Terapia Familiar Sistémica, dichos residentes se caracterizan por:

- Pertenecer a la segunda, tercera y/o hasta cuarta generación de padres consumidores (hijos de padres consumidores).
- Problemas de comunicación en la familia.
- Estructuras desadaptativas de la familia.
- Jerarquías de poder desequilibradas en la familia.
- Los intentos de soluciones fracasadas.
- La restricción que impide al sistema evolucionar de forma alternativa.
- La descripción, la explicación del problema, y el contexto social donde se desarrolla el mismo.

El niño/a y adolescente en situación de calle se caracteriza por la inestabilidad de las relaciones afectivas con el mundo de los adultos que deriva en una identificación insuficiente con modelos de adultos estables. La ausencia de referencias estables (donde toda relación puede ser súbitamente perturbada por un acontecimiento imprevisto y súbito que los obliga a estar en constante movimiento con el fin de protegerse), los lleva a desarrollar un agudo sentido de la observación (Lucchini, 1996).

El problema de los niños de la calle radica en las ciudades, donde por diversos factores la descomposición de los núcleos familiares, condena a los menores a caminar

las calles, sometiéndolos a todos los peligros que el abandono y la pobreza pueden ofrecer a niños /as y adolescentes que por su condición se convierten en núcleos marginales o marginados, que se agrupan y forman pequeños grupos que en muchos casos se dedican a la delincuencia.

Dentro de nuestra sociedad estos niños o agrupaciones, son niños que no tuvieron la suerte de contar con un núcleo familiar estable que les permita llevar otro tipo de vida, y sin embargo son sometidos a maltratos por parte de sus progenitores, lo cual les impulsa a dejar sus hogares y ser víctimas de la cruda realidad de vivir en la calle.

En el marco de este fenómeno, el incremento de la marginalidad y expulsión infanto juvenil a espacios públicos y a una vida sin proyectualidad, son cada vez mayores y por lo tanto un contexto de pobreza y desigualdad social en el que se verifica la existencia de niños/as y jóvenes en situación de calle sin hogares o con hogares donde los vínculos parentales van al encuentro de una progresiva desintegración.

Se denomina marginación o exclusión a una situación social de desventaja económica, profesional, política o de estatus social, producida por la dificultad que una persona o grupo tiene para integrarse a algunos de los sistemas de funcionamiento social (integración social). La marginación puede ser el efecto de prácticas explícitas de discriminación que dejan efectivamente al niño/a y adolescente segregado al margen del funcionamiento social en algún aspecto o indirectamente, ser provocada por la deficiencia de los procedimientos que aseguran la integración de los factores sociales, garantizándoles la oportunidad de desarrollarse plenamente (Murillo, 2010).

La pobreza puede ser un estado de la marginación y viceversa, aunque el hecho de que exista una, no necesariamente implica que exista la otra, por lo tanto se puede inferir que cuando un niño u o adolescente se encuentra excluido del sistema se encuentra en una situación marginal. Quedando en el desamparo, y teniendo grandes posibilidades de vivir en situación de calle.

La marginación consiste en la separación efectiva de una persona, una comunidad, o un sector de la sociedad, respecto al trato social; el proceso puede mostrar diferentes grados y mecanismos, desde la indiferencia hasta la represión y reclusión geográfica, y con frecuencia trae aparejada la desconexión territorial. Su carácter definitorio, sin embargo, no es el aspecto geográfico, sino el aislamiento social (Murillo, 2010).

El grupo de niños/as y adolescentes en la calle, se caracterizan por ser muy heterogéneo, donde el grado de vulnerabilidad depende del tiempo de permanencia en la calle, la complejidad de las problemáticas familiares, la situación de integración escolar, los niveles de consumo de drogas, la inclusión y magnitud de actividades delictivas (infracciones o faltas menores, o estar en infracción por haber cometido delitos). Es así que se encuentran en un estado de abandono total, no tienen adultos significativos de referencia para la toma de decisiones cotidianas, la ausencia de autoridad, normas y valores que los ayuden a desarrollar estrategias de supervivencia, aquellas que se inculcan en el seno principal familiar (Brasceso, 2011).

Desde el punto de vista de Sinay, la autoridad, es un atributo que permite marcar límites, hacer cumplir normas, transmitir propósitos, y que se gesta a partir de una interacción asimétrica entre personas (unos están en un nivel más elevado que el de otros), de una comunicación asentada en el respeto, en la notificación clara, en la definición concreta de funciones y objetivos. Cuando falta alguno de estos ingredientes,

cuando se falsean, desaparece la autoridad y queda un peligroso vacío que suele inundar súbitamente el autoritarismo. La autoridad es producto de un vínculo sostenido en el reconocimiento del otro y de la diversidad; el autoritarismo es, por el contrario, la partida de defunción de la aceptación de la diversidad y la imposición de la fuerza como argumento.

Es en este sentido, que las funciones de ambos padres son de suma importancia, por un lado la madre, sobre todo en las etapas tempranas, como son las de nutrición, las de entrenamiento doméstico, las de estimulación intelectual a través del juego, las de contención emocional inmediata, las de desarrollo de habilidades para la mediación, entre otras. Hay funciones y responsabilidades del padre, como son las de socialización, transmisión de recursos, conocimientos y acompañamiento para la inmersión en el espacio externo, el estímulo en el desarrollo de habilidades físicas (ya que el padre es quien naturalmente propone los juegos físicos de contacto con los hijos) y, a través de esto, el desenvolvimiento de capacidades individuales (por ejemplo, cuando el padre cumple estas funciones hay un mayor desarrollo en matemáticas y ciencias en las hijas y en literatura y áreas espirituales en los varones); también es función paterna la de dar cauces creativos a la agresividad natural sobre todo de los hijos varones y la de enseñar a competir con fines de superación y no de imposición (Sinay,2008).

Las funciones materna y paterna son distintas y complementarias, no basta con que uno solo se haga cargo de las propias y, por lo demás, ni una madre puede hacer de padre en lo que es específico de éste y un padre no puede ser madre. Hay, por supuesto, muchas tareas que pueden y deben cumplir ambos indistinta y/o conjuntamente (llevar los chicos al pediatra, llevarlos al colegio, buscarlos, supervisar las reuniones de chicos que se hacen en casa, buscar a los chicos en sus salidas nocturnas, asistir a las reuniones de padres en la escuela, asistir a los actos escolares y a los eventos deportivos o

culturales de los cuales los hijos son protagonistas, acompañarlos a comprar ropa o libros o a espectáculos, conversar sobre temas de la escuela, de la familia o de la vida social y afectiva de los chicos, ejecutar penalidades previamente acordadas e informadas cuando se transgreden normas de la convivencia familiar, de la crianza o del vínculo, brindarles información sexual cada uno acerca del propio sexo, transmitirles experiencias de la propia vida y de la historia familiar.

Existen factores de riesgo dentro del sistema familiar y el consumo de drogas:

- Padres autocráticos, excesivamente rígidos y punitivos.
- Padres permisivos o desinteresados.
- Ausencia de la figura paterna y/o materna.
- Presencia de un padre adicto al alcohol o a las drogas.
- Carencias en los modelos de comportamiento adecuados al contexto.
- Conflictos en la pareja parental.
- Relaciones familiares que estimulan la dependencia.
- Consumo familiar de sustancias (Modelo adictivo familiar).
- Limitada participación de los padres en la formación de los hijos.
- Expectativas muy altas o muy bajas en relación al éxito esperado de los hijos.
- Desintegración familiar.

Davidson, sugirió el nombre de “familias psicotóxicas”, a aquellas con características que favorecen al desarrollo sintomático de adicción, que incluye a uno o más de sus miembros adictos. La familia es la mayor fuerza formadora del ser humano, ya que en su seno se llevan a cabo los procesos de socialización que transforman al individuo en persona. La familia como una unidad, puede ser considerada un sistema en equilibrio dinámico, este equilibrio u homeostasis resulta de la interrelación entre los roles que desempeñan cada uno de sus miembros.

También podemos pensar que el síntoma sería la denuncia de un mal funcionamiento familiar, y el portador del síntoma sería el emergente de ese sistema. Por lo tanto, el síntoma lo porta el paciente identificado, pero las secuencias conductuales y el sistema de creencias que sostienen el síntoma en el tiempo son de toda la familia. Esta es una hipótesis que corresponde a un paradigma “sistémico”, a un pensamiento caracterizado por una causalidad circular (Ceberio y Watzlawick, 1998).

## DISPOSITIVO DE TRABAJO

### INGRESO

Los residentes ingresan por lo general por medio de ASA, ingresan con un alta médica, acompañados por algún familiar, tutor o solos. Muchos ingresan en situación de calle, esto quiere decir que el primer contacto que tienen con una realidad diferente es a través de Casa Faro. Estos niños/as y adolescentes se caracterizan por la situación de abandono, la disgregación familiar, la falta de una figura (materna, paterna) que pueda acompañar y sostener el tratamiento. Su contexto vital es la calle y su modo de subsistencia lamentablemente, es la delincuencia o dicho de otra forma la ley de la selva (sobrevive el más fuerte).

Cuando ingresa el residente, el director, psicólogo u operador, realiza una entrevista inicial, que tiene como objetivo conocer datos filiatorios, escolaridad, antecedentes clínicos, toxicológicos, peligrosidad, tratamientos realizados anteriormente y redes posibles de contención para poder acompañar al residente en el tratamiento.

Por otro lado los residentes como se había mencionado anteriormente, ingresan por voluntad propia y si desean irse lo pueden hacer, nos regimos por la nueva ley de salud la 26.657 es decir cada uno de los niños que ingresa debe firmar un consentimiento informado.

El consentimiento informado es un instrumento que sirve para proteger el derecho del paciente a participar en la adopción de decisiones sobre su salud, a la vez que genera obligaciones para los profesionales tratantes. Se trata del consentimiento obtenido libremente -sin intimidación ni influencia indebida-, otorgado mediante una decisión voluntaria, y después de haberle proporcionado a la persona información adecuada, accesible y comprensible, en una forma y en un lenguaje que se entienda.

El proceso de consentimiento informado debe iniciarse siempre de modo previo al tratamiento ofrecido, y debe ser continuo a lo largo del mismo, con lo cual la persona puede retirar su conformidad al tratamiento en cualquier momento cuando así lo decida.

Posterior a la entrevista inicial y firmado el consentimiento informado, se realiza un grupo de bienvenida donde todos los residentes se presentan y dan a conocer la modalidad de trabajo y las reglas básicas de convivencia, entre ellas levantarse en un horario determinado a la mañana, no usar el léxico de la calle, no alianzas, no utilizar la violencia para relacionarse en ninguna de sus formas (verbal o física), no drogas dentro de las institución y no relaciones sexuales entre pacientes.

La mayoría de los residentes que ingresan a la institución son por el policonsumo de sustancias, en un principio se iniciaron con marihuana, dando lugar a pastillas, poxi ram (pegamento), cocaína y lamentablemente en la droga altamente adictiva y toxica: el Paco.



Resulta impactante ver la forma en que ingresan estos niños/as y adolescentes (por el deterioro físico, desnutrición severa y sin conciencia de enfermedad misma) durante los primeros días comienzan a recuperar el sueño perdido por varios días de “gira” (varios días consumiendo sustancia sin dormir y alimentándose muy poco), algunos de ellos muchas veces pasan hasta un máximo de 10 días despiertos, recuperan el peso mínimo y sobre todo el aspecto desaseado de la calle.

### PERMANENCIA

El tiempo de permanencia de residentes en Casa Faro, es entre cuarenta y sesenta días aproximadamente (el porcentaje de pacientes que logra este tiempo es muy bajo ya que muchos en los primeros diez días de convivencia, abandonan el tratamiento).

Durante la experiencia de trabajo, cabe destacar que la particularidad de estos niños/as y adolescentes, es pedir una comunidad terapéutica como herramienta para salir de instituto de menores, otros para cerrar causas judiciales, alimentarse, asearse y una vez medianamente “estables” volver nuevamente a las calles, a su forma de sobrevivir y haciendo más de lo mismo en sus vida.

En ese período (de adaptación), los residentes empiezan a interrelacionarse con el resto de residentes que más tiempo de permanencia tienen en la institución, gradualmente van incorporando las reglas de convivencia, normas, tareas, actividades de la casa y van adquiriendo confianza entre compañeros para así poder dar lugar a contar sus historias de vida , ya que detrás de un síntoma como la adicción, aparecen diversos

desequilibrios, bloqueos y alteraciones a nivel biológico, psicológico, social y espiritual que son propios de cada paciente.

Muchas veces en estos primeros días, se realizan diferentes interconsultas con los Centros de Salud y Acción comunitaria (CESAC), defensoría correspondientes, juzgados asignados y hospitales zonales, en especial con el hospital Pena, y Muñiz. Durante la internación muchos residentes realizan estudios de salud, entre ellos los más significativos: HIV, hepatitis, tuberculosis (TBC) por tos continua y esputos eliminados característicos cuando estos niños y adolescentes dejan de consumir pasta base y como respuesta a la desintoxicación.

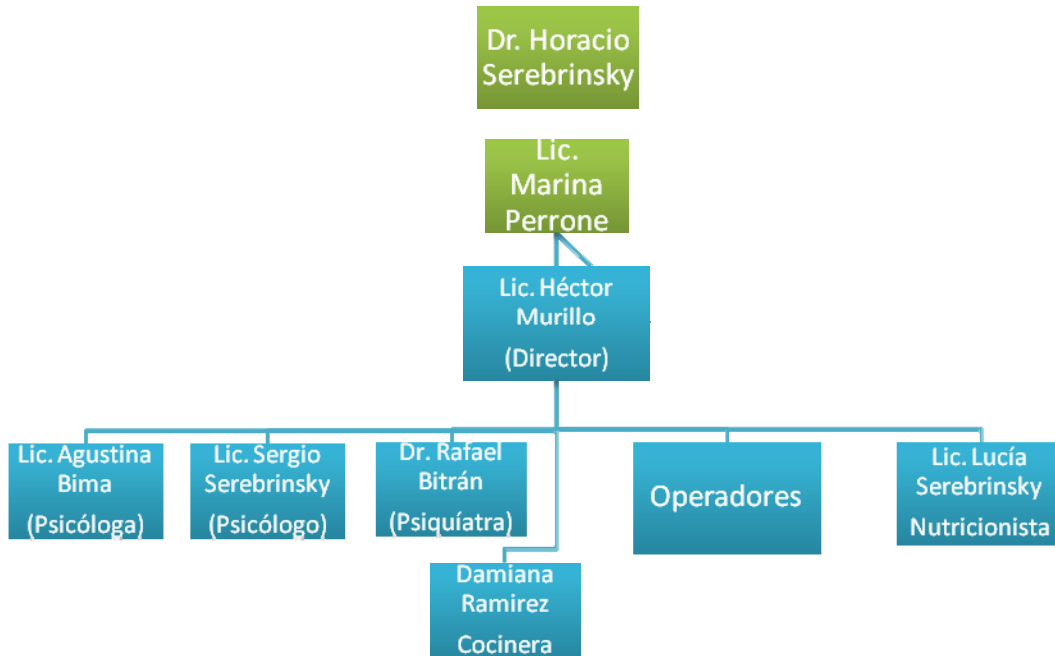
Esto por supuesto genera una complejidad mayor en el trabajo con dichos niños/as y adolescentes, ya que en cualquier momento el impulso, abstinencia y no sostenimiento del dispositivo, puede ganar a las diferentes estrategias que se les brindan para sostenerlos y contenerlos, en forma individual y grupal dentro de la institución. Esto puede suceder hasta varias veces al día con uno o varios residentes.

Otro aspecto importante de mencionar es que hubieron residentes madres con embarazos, muchos de ellos con riesgo y descuido en lo personal y en lo que significa la maternidad (hematomas en la placenta, desnutrición, ausencia de controles pre natales, consumo continuo, etc.). Las jóvenes madres, ingresaron entre cuatro a cinco meses de embarazo y desde que ingresaron hasta dos semanas antes de su fecha estuvieron realizando tratamiento dentro del Faro.

## LA ESTRUCTURA

La estructura de la institución está sostenida por un equipo de trabajo multidisciplinario conformado por: Director, Psicólogos, Psiquiatra, nutricionista, operadores socio terapéuticos y la cocinera. A este equipo eventualmente se suman pasantes de diferentes carreras y voluntarios que visitan a los residentes.

## ORGANIGRAMA



Se trata de mantener la estructura por medio de espacios individuales, grupales, talleres de reflexión, taller de manualidades, música, cocina, repostería, de estimulación cognitiva, la población con la que trabajamos en su gran mayoría no ha podido continuar

con sus estudios, de hecho un porcentaje amplio no tiene terminada la primaria y es notable el deterioro cognitivo resultante del policonsumo.

La estructura de los del tratamiento está dividida por fases que son las siguientes:

**Fase 1: Adaptación:** Es la primera fase dentro de la estructura, donde el residente toma noción de una realidad diferente a la que se encontraba habitualmente.

Objetivos a lograr:

- Tomar mínima conciencia de enfermedad.
- Que tenga ganas de realizar un tratamiento.
- Que sienta que pueda cambiar.
- Disminuir el léxico de la calle.
- Disminuir los impulsos.
- Empezar a respetar normas y horarios establecidos.

**Fase 2: Candidato a residente:** Es la segunda fase dentro de la estructura, donde el residente comienza a realizar una etapa de compromiso consigo mismo y con la casa.

Objetivos a Lograr:

- Que pueda brindar ayuda y ayudarse.
- Poner y ponerse límite.
- Participación grupal.
- Respeto
- Comenzar con alguna salida terapéutica con el director u operadores.

**Fase 3: Residente:** Es la tercera fase dentro de la estructura, donde el residente se desenvuelve de una manera responsable con él y con los demás adquiere o vuelve adquirir las normas de convivencia de casa.

Comienza a tener responsabilidades y roles dentro de la casa: encargado de limpieza, de economato, ayudante de operador.

Objetivos a Lograr:

- Manejarse correctamente
- Motivar y motivarse para la nueva etapa que vendrá: Comunidad Terapéutica.
- Aspirar a ser Referente.
- Motivar y comenzar a ser modelo de los niños que recién ingresan.
- Comenzar con salidas paulatinas con su familia.
- Cumplir con los objetivos propuesto diariamente.
- Salidas terapéuticas con el staff de la institución.

**Nivelación:** Espacio de reflexión ante situaciones de no cumplimiento reiterado de límites, o escasa participación e integración grupal.

El residente será puesto en nivelación si se lo ve con poco compromiso, tendrá coloquios con diferentes operadores para reflexionar y recapacitar sobre las situaciones generadas.

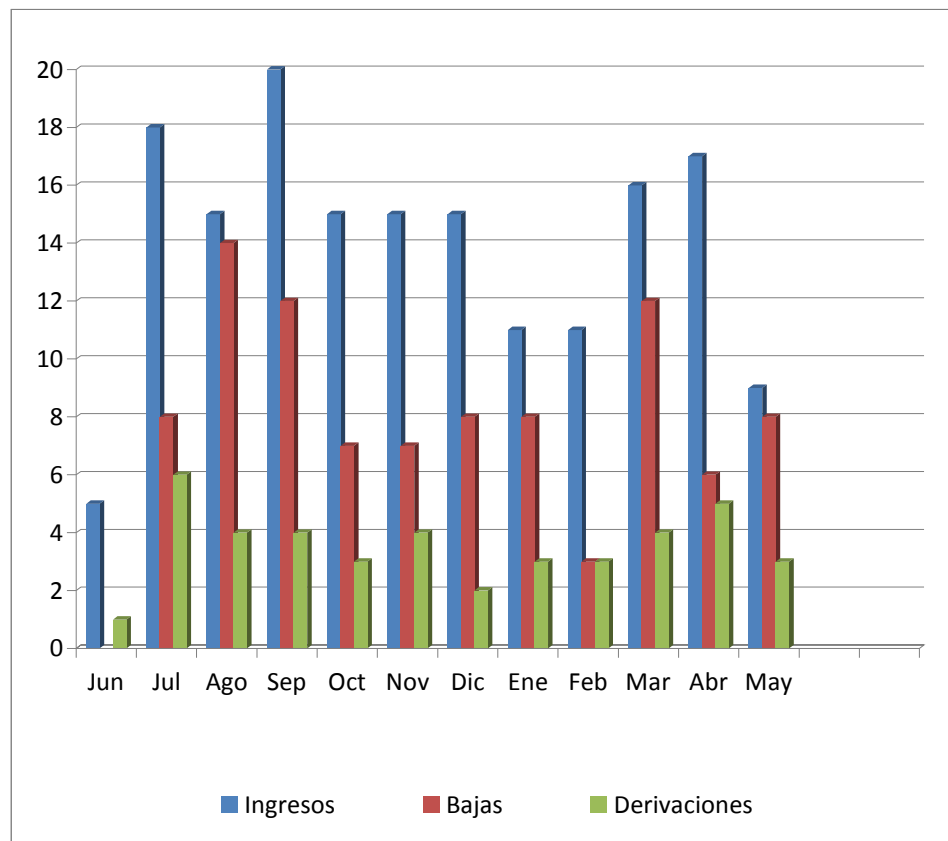
**Referente:** fase final del proceso de pre comunidad, el residente comienza a ser modelo y ejemplo de sus compañeros, pues logra sostener por un tiempo considerable los objetivos de la fase de Residente.

El residente logra la graduación antes de irse a comunidad y se le entrega un certificado de Referente de Casa Faro, ingresando al cuadro de honor de la institución.

Llegar a ser referente implica un proceso de menor a mayor en donde el residente logra diferentes objetivos de conocimiento y aprendizaje.

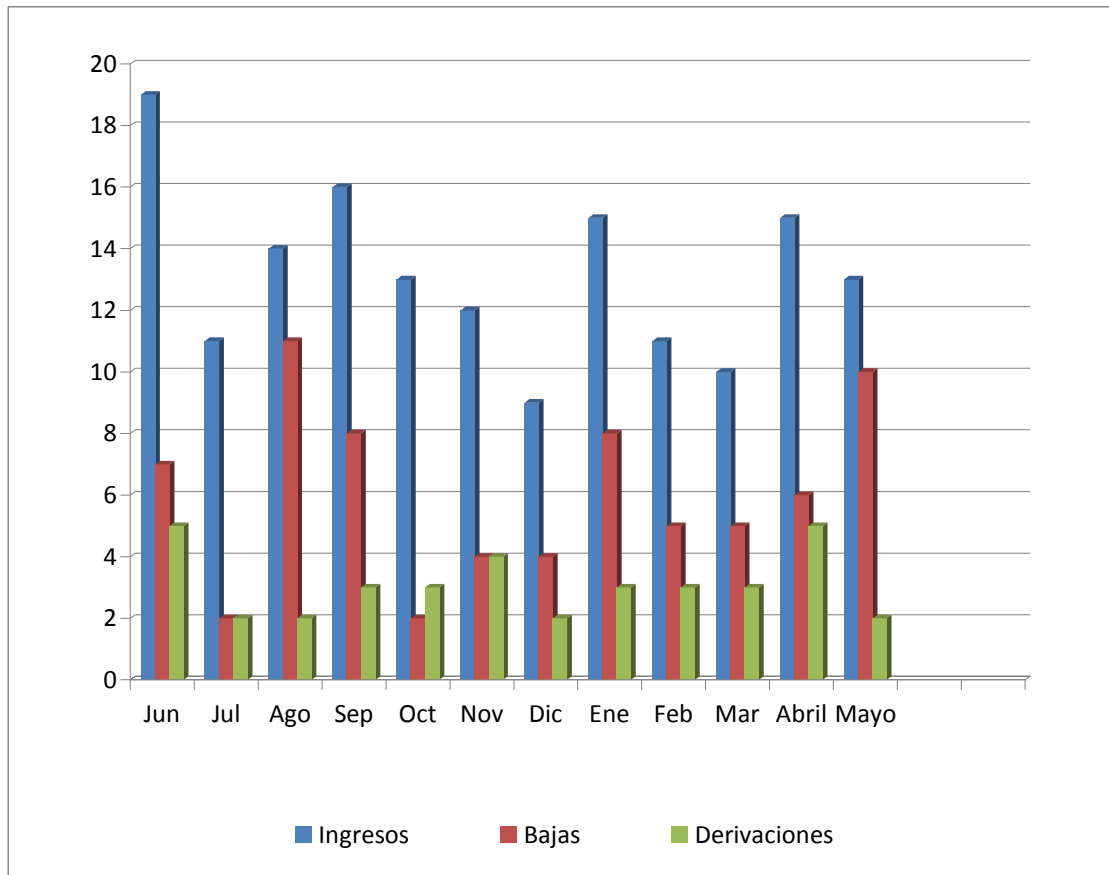
**ESTADISTICAS DE RESIDENTES EN CASA FARO JUNIO DEL 2009 A**  
**MAYO DEL 2010**

Los porcentajes a continuación, muestran la cantidad de residentes que transitaron por la institución, ingresos, abandono de tratamiento, reingresos de dos o más veces, y derivados a comunidad terapéutica. Gráficamente a continuación.



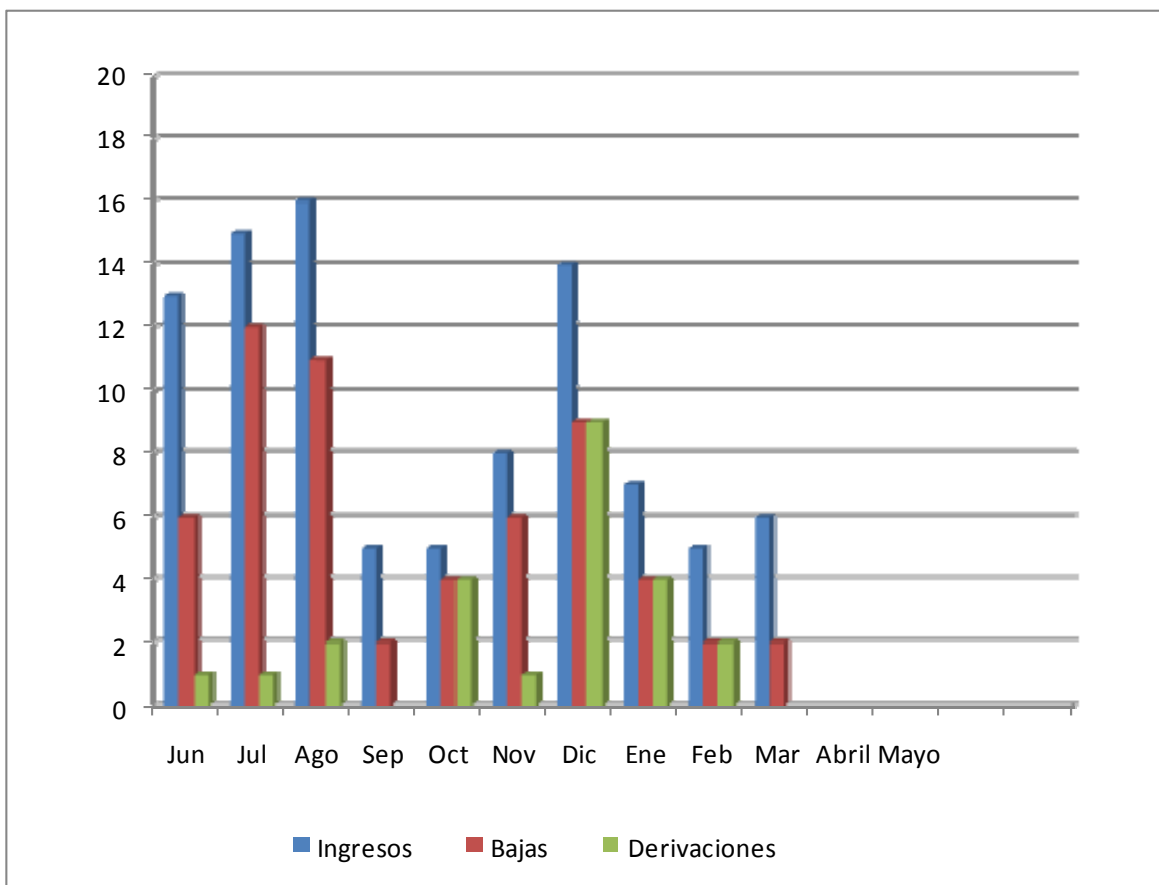
**Gráfico N° 1. Percepción de Ingreso, bajas y derivaciones en Junio 2009 a Mayo 2010.**

**ESTADISTICAS DE RESIDENTES EN CASA FARO JUNIO DEL 2010 A**  
**MAYO DEL 2011**



**Gráfico N° 2. Percepción de Ingreso, bajas y derivaciones en Junio 2010 a Mayo 2011.**

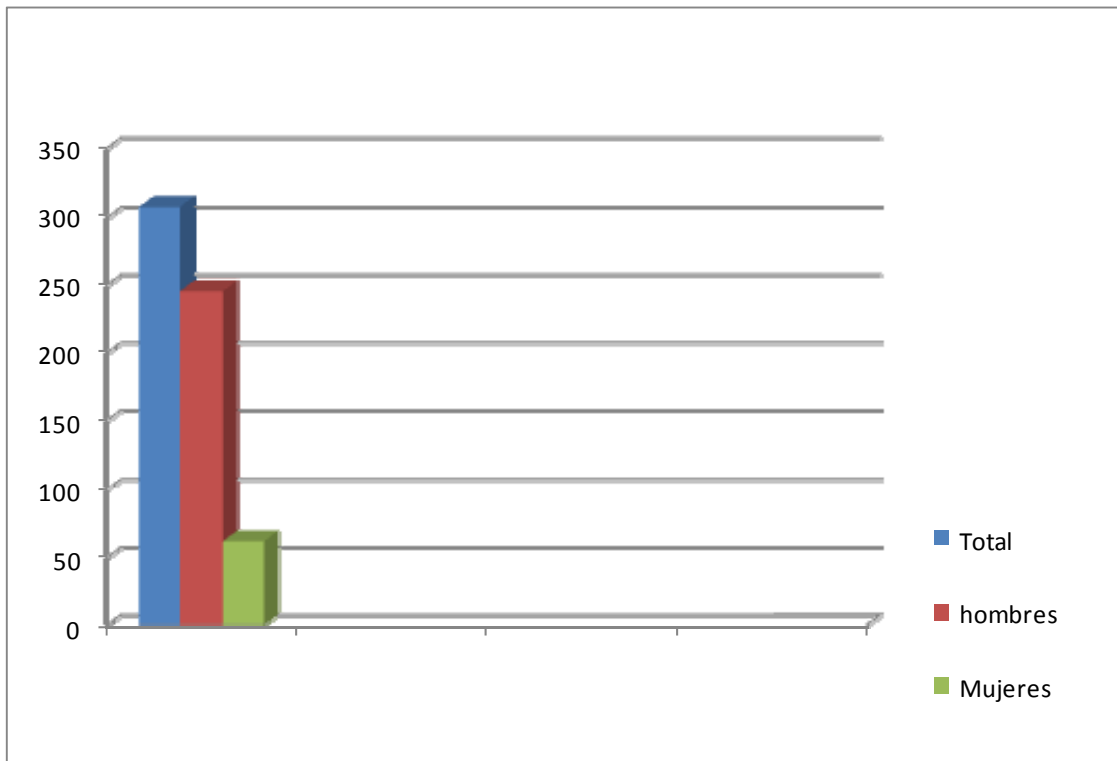
**ESTADISTICAS DE RESIDENTES EN CASA FARO JUNIO DEL 2011 A**  
**MARZO DEL 2012**





**Gráfico N° 3. Percepción de Ingreso, bajas y derivaciones en Junio 2011 a Marzo 2012.**

**ESTADÍSTICAS DE RESIDENTES TOTALES EN CASA FARO**  
**JUNIO DEL 2009 A MARZO DEL 2012**



**Gráfico N° 4. Percepción total de Ingreso, y división de sexos desde en Junio 2009 a Marzo 2012.**

CONCLUSIONES

A la luz de todo lo expuesto, y en función de la dimensión y características que ha adquirido el consumo de sustancias en el territorio de la ciudad de Buenos Aires, se considera la necesidad de adoptar un enfoque de carácter psicosocial desarrollado en el marco de políticas públicas en prevención y asistencia de consumo de drogas, que contemplen la voz, necesidades, problemas y capacidades de niños/as y adolescentes, instalando en estos grupos y en la comunidad en general, la conciencia del daño individual y social que comporta el consumo de drogas (Brasesco, 2011). Para lograr esto, debemos potenciarse aspectos preventivos en diferentes niveles sistémicos de intervención, donde operadores y terapeutas contextualicen en su singularidad cada caso.

Los niños, niñas y adolescentes que viven en las calles, son fruto de la desintegración familiar, de la violencia intrafamiliar y del abandono debido a la crisis económica en la cual estuvo sumida el país. Lo peor del caso es que estos niños/as y

adolescentes en los cuales la edad varía entre los 3 a 21 años, al estar en las calles se ven envueltos en lo que son las drogas, alcohol, marginalidad y otros factores de riesgo.

De nuestra consideración y la experiencia en el campo de las adicciones, una de las herramientas más importantes para estos niños/as y adolescentes, es el afecto, el cual muchas veces no fue inculcado ni recibido. Y tal vez en algunos de estos niños/as y adolescentes el afecto funcional, nutricional, genuino es recibido por primera vez y de forma natural. La única intención es la de su bienestar y una mirada diferente de su realidad.

Cuando logran permanecer en la institución, también van aprendiendo y aceptando ese afecto, en algunos casos paulatinamente van a poder demostrarlo, por medio de fuertes abrazos, dibujos, cartas, canciones, hasta llegan a ponerlo en palabras, con un “gracias” o un “te quiero mucho”. Es para nosotros una herramienta y un recurso funcional (el afecto) y que paraliza al niño, que lo habilita a “...poder pensarse y repensarse de una manera diferente...” la cual ayuda y por más que abandonen el tratamiento, sabrán que hay realidades diferentes y formas de interacción a la que conocían.

Muchos de los residentes tienen una historia de funcionamiento social, habilidades educativas, vocacionales, lazos comunitarios y familiares positivos que han sido debilitados por su abuso de drogas. Para ellos, la recuperación involucra la rehabilitación, es decir, el volver a aprender o restablecer un funcionamiento, habilidades y valores saludables así como rescatar la salud física, emocional y una co-construcción de valores y sistema de creencias.

Para muchos la institución es el primer lugar de aprender a vivir de forma ordenada, y aprender por primera vez, el orden, conductas, habilidades, actitudes y

valores a convivir en una sociedad. De esta manera poder construir un proyecto de vida saludable y nuevos objetivos para poder desarrollar su creatividad y habilidades personales.

Es fundamental en este campo de trabajo las reuniones de equipo continuas, en las cuales más allá de escuchar las resonancias y propuestas de los diferentes operadores, se pueda acompañar y cuidar al equipo, ya que las frustraciones en esta área son altas. Es un trabajo donde el equipo debe entregar sin esperar nada a cambio, un trabajo de “trinchera”. El objetivo de estas reuniones es el lograr transmitir a los residentes un discurso unificado y coherente por parte del equipo de profesionales para de esta forma lograr una solidez mayor en la eficiencia de nuestro trabajo, esto se logra por medio de la confianza, respeto de quién los conduce, la educación y el interés por cada integrante del equipo más allá de lo laboral.

Dichas exigencias al grupo de trabajo y por las características de población con la que se trabaja, hace que exista una rotación continua de operadores, que muchas veces no permite la solidez grupal (equipo) que uno desearía, generalmente empiezan con mucha fuerzas y ganas de trabajar, pero la labor es ardua y lentamente esa energía, ese entusiasmo, se contrasta con la realidad de estos niños y adolescentes.

Por último y no por eso menos importante, se trabaja con la reducción de daño que es una estrategia de prevención que propone alternativas a los enfoques tradicionales y que da prioridad a disminuir los efectos destructivos del consumo de drogas. Estas intervenciones entre las poblaciones vulnerables o sometidas a situaciones de riesgo debido al uso de alcohol y drogas, sean usuarias eventuales o crónicas de las mismas, se proponen informar sobre las conductas inapropiadas, riesgosas y peligrosas en el uso de esas sustancias.

Cuando los programas de prevención o rehabilitación se refieren a todo o nada, dejan de lado las diferencias entre los usuarios de droga. A diferencia de ésta estrategia, que si bien considera que el mejor camino es la abstinencia, reconoce también que la decisión del consumo es responsabilidad de la persona. Y reconociendo las dificultades para abstenerse otorga elementos para disminuir los daños que pueda tener en el caso que la persona consuma alguna droga y para desarrollar mecanismos de autocuidado, evitar enfermedades que perjudiquen a terceros, inculcar valores, fomentar estilos de vida saludables y promover factores de protección, prevención, frente al consumo de drogas.

#### REFERENCIAS

- American Psychiatric Association – APA. (2006). DSM – IV. *Manual Diagnostico y Estadistico de Trastornos Mentales*. Mexico: Masson
- Arizaga, M (2007), M.C/SEDRONAR/observatorio de Drogas, “*Estudios cualitativos del Consumo de Pasta Base de Cocaína/Paco*”, Ministerio de Desarrollo Social. Haciendo Buenos Aires, Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos aires – Argentina.
- Blickman, T (2006), El Paco Bajo la Lupa. *El mercado de la Pasta Base de Cocaína en el Cono Sur. Transnational Institute (TNI), Drogas y conflicto, Documentos de Debate n° 14*. Ámsterdam. Disponible en: <http://www.tni.org/es/briefing/el-paco-bajo-la-lupa>.

- Brasesco, M (2011), Consumo de Paco y otras Sustancias Psicoactivas en niños y niñas en situación de calle. Coordinación de Políticas Sociales en Adicciones, Ministerio de Desarrollo Social. Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires – Argentina. Disponible en: [www.salvador.edu.ar/psi/](http://www.salvador.edu.ar/psi/).
- Ceberio, M, Watzlawick, P. (1998). *La Construcción del Universo*. Barcelona. Herder.
- Forselledo, A (1994), Consumo de Drogas y Familia Situación y Factores de Riesgo. Montevideo – Uruguay. Disponible en: [www.iin.oea.org](http://www.iin.oea.org).
- Kalina, E, (2000), *Adicciones. Aportes Para la Clínica y la Terapéutica*. Buenos Aires – Argentina. Paidós.
- Ley Nacional de Salud Mental 26.657 (2010). *El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina*. Buenos Aires – Argentina.
- Ceberio, M, Serebrinsky, H (2011). *Dentro y Fuera de la Caja Negra. Desarrollos del Modelo Sistémico en Psicoterapia*. Psicolibro Ediciones. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.
- Murillo, H, Bima, A. (2010), Niños Marginales y Drogodependencia. Trabajo Monográfico de Prevención en Adicciones. *Escuela Sistémica Argentina*. Buenos Aires – Argentina.
- Narcóticos Anónimos, (1991). *El Libro Azul*. By. *Narcotics Anonymous Word Service*. Inc. USA.
- Organización mundial de la Salud (OMS), (2000). Disponible en: [www.oms.org](http://www.oms.org).
- Ruíz, J.M (2008), *Intervenciones Sistémicas Breves en Drogodependencias*. Disponible en: [www.dipucadiz.es](http://www.dipucadiz.es).

El PACO: un proyecto de muerte  
Casa FARO: un proyecto de vida  
Centro de diagnóstico y derivación “CASA FARO”

- SEDRONAR (2011). Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha Contra el Narcotráfico. Presidencia de la Nación Buenos Aires - Argentina.
- Sinay, S. (2008). La Sociedad de Los Hijos Huérfanos. *Cuando padres y madres abandonan sus responsabilidades y funciones*. Disponible en: Perspectivas Sistémicas. [www.redsistemica.com.ar](http://www.redsistemica.com.ar).
- Zeiher, L. (2003). Psiconeurofarmacología Clínica. *Colección de Farmacología*. Buenos Aires- Argentina.