

ESTUDIO LOCAL DE CONSUMOS PROBLEMATICOS DE SUSTANCIAS Y ACCESIBILIDAD: UNA EXPERIENCIA DE EPIDEMIOLOGÍA COMUNITARIA EN EL MUNICIPIO DE BERISSO.

Kierbel, Valeria Natalia & Maciel, Marilina.

SEDRONAR, Observatorio Argentino de Drogas, Presidencia de la Nación.

valekierbel@gmail.com

RESUMEN

El siguiente trabajo es el resultado de una experiencia realizada en el año 2014 en el Municipio de Berisso, en articulación con el Observatorio Argentino de Drogas (OAD) de la SEDRONAR (Secretaría de Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico, Presidencia de la Nación), denominado “Estudio Local de Consumos Problemáticos de Sustancias y Accesibilidad”. Las autoras participaron como coordinadoras de este estudio que se realizó de manera conjunta: Valeria Kierbel fue la responsable del OAD, y Marilina Maciel fue la responsable por el Municipio de Berisso. No se pretende en este artículo presentar los resultados del estudio -los cuales están disponibles en la página web del OAD-, sino transmitir de manera descriptiva y analítica la experiencia de trabajo conjunto, en tanto se trató de una novedosa forma de construcción de información epidemiológica en el área de la salud mental, específicamente en lo que respecta a los consumos problemáticos de sustancias.

Para alcanzar este objetivo dividiremos la presentación en dos partes: en primer lugar, realizaremos una descripción de la metodología general empleada en la implementación del Estudio Local, para delimitar algunas coordenadas básicas acerca de cómo se realizó el operativo. En este punto, señalamos que el llamado “Estudio local de consumos problemáticos y accesibilidad” se realiza con el propósito de resolver el problema de la distancia existente entre los datos provinciales o nacionales y la realidad de cada barrio o comunidad, buscando obtener un *diagnóstico local* que sea soporte para la planificación de acciones preventivas y asistenciales por parte de los actores involucrados. El trabajo comienza con un *mapeo* en donde participan miembros de la comunidad y donde se incluyen instituciones del barrio, así como se delimitan y caracterizan las zonas y la población a encuestar. En un segundo momento, se produce la recolección de datos cuantitativos a través de un *cuestionario estructurado* (encuesta) aplicado en población general entre 15 y 65 años de edad, con una muestra no probabilística establecida a partir de la metodología por cuotas. Por último, se desarrolla un taller de devolución de datos y de debate y producción de estrategias en función del diagnóstico. En Berisso, este estudio fue aplicado en cinco barrios, seleccionados en función de diferentes factores y en acuerdo con las

autoridades de Salud del Municipio. Las áreas encuestadas fueron: Santa Teresita, Nueva York, Villa Nueva, Villa Progreso y El Carmen, todos con características heterogéneas.

En una segunda parte, tomaremos fragmentos de esta implementación para realizar un análisis teórico-práctico a la luz de algunos conceptos clave, y para ello nos apoyaremos en bibliografía de referencia. Principalmente, realizaremos algunas articulaciones para pensar la *Participación Social-Comunitaria* (Menéndez, E. & Spinelli, H., 2006; Montero, 2004; Saforcada, 2001; Ferullo de Parajón, 2006; OMS, 1986); la *Epidemiología Comunitaria y la Investigación Acción Participativa* (Míguez, 1998; Tognoni, 2011); la *Intersectorialidad, interdisciplina y plurimetodología* (Almeida Filho, 2006).

Como psicólogas, somos consientes que este tipo de práctica profesional no suele estar visibilizada en la formación o incluso en los ámbitos de trabajo habituales de nuestros colegas. Con este trabajo damos a conocer una experiencia de trabajo comunitario e intersectorial, pero a su vez, reflexionamos sobre algunas nociones que en materia conceptual se presentan “claras”, pero que en la práctica manifiestan tensiones, dificultades, contradicciones. La práctica comunitaria – en cualquiera de sus niveles: investigación, intervención, prevención- presenta dificultades y desafíos que no son siempre visibilizados por la bibliografía. En este sentido, entendemos que este tipo de prácticas deben ser producidas y practicadas por psicólogos en tanto se trata de un área de aplicación de la profesión poco conocida.

Tanto la experiencia del estudio como la articulación teórica producida han servido para profundizar y complejizar la fundamentación del estudio-intervención que llevamos adelante, así como ha permitido abrir interrogantes e incorporar ideas nuevas.

PALABRAS CLAVE: DIAGNOSTICO LOCAL, EPIDEMIOLOGIA COMUNITARIA, PARTICIPACION SOCIAL, INVESTIGACION ACCION PARTICIPATIVA.

**LOCAL STUDY OF SUBSTANCE PROBLEMATIC CONSUMPTION AND ACCESSIBILITY: A
COMMUNITY EPIDEMIOLOGY EXPERIENCE IN THE MUNICIPALIDAD OF BERISSO**

ABSTRACT

The following paper is the result of a study conducted in 2014 in the Municipalidad of Berisso, in coordination with the Observatorio Argentino de Drogas (OAD), named "Local Study of Drugs Problematic Consumption and Accessibility". The authors participated as coordinators of this study that was performed jointly. It is not our intention in this paper to present the results of the study but communicate in a descriptive and analytical way the experience of working together, as

it came to us as a novel form of construction of epidemiological information in the field of mental health, especially in regard to the problematic of substances use.

To achieve this goal we divided the presentation into two parts: first, we will make a description of the methodology used in the implementation of the Local Study, and second, we'll make an analysis in the light of some key concepts: *Social Participation* (Menendez E. & Spinelli, H., 2006; Montero, 2004; Saforcada, 2001; Ferullo of Parajón, 2006; WHO, 1986); *Community Epidemiology and Research Participatory Action* (Miguez 1998; Tognoni, 2011); intersectoral, interdisciplinary and plurimetodología (Almeida Filho, 2006).

KEY WORDS: LOCAL DIAGNOSIS, EPIDEMIOLOGY COMMUNITY, SOCIAL PARTICIPATION, PARTICIPATORY ACTION RESEARCH.

TRABAJO COMPLETO

Desarrollo

Primera Parte: Descripción de la metodología del estudio

El llamado “Estudio local de consumos problemáticos y accesibilidad” se realiza desde el OAD con el propósito de resolver el problema de la distancia existente entre los datos provinciales o nacionales y la realidad de cada barrio o comunidad, así como fomentar la reflexión colectiva entre los actores comunitarios sobre el problema del consumo de sustancias en el barrio. Se busca obtener un **diagnóstico local** que sea soporte para la planificación de acciones preventivas y asistenciales por parte de los actores involucrados. Se trata así de una herramienta que se aplica en territorios geográficamente delimitados y relativamente pequeños (barrios/áreas programáticas/comunidades), a partir de la articulación de la mirada de distintos sectores de los barrios/localidades, sectores que estén implicados en el abordaje del problema de los consumos directa o indirectamente. El trabajo comienza con un **mapeo** en donde participan miembros de la comunidad y donde se incluyen instituciones del barrio, así como se delimitan y caracterizan las zonas y la población a encuestar, en función del conocimiento que tienen los referentes.

En la ciudad de Berisso este estudio fue aplicado en cinco barrios, seleccionados en función de diferentes factores y en acuerdo con las autoridades de Salud del Municipio. Las áreas encuestadas fueron: Santa Teresita, Nueva York, Villa Nueva, Villa Progreso y El Carmen, todos con características heterogéneas en cuanto a su localización geográfica, particularidades sociodemográficas y disponibilidad/accesibilidad de la población al sistema de salud. Para poder dar cuenta de esta heterogeneidad, el proceso de mapeo se efectuó a través de la realización de jornadas-taller en cada uno de los barrios, convocando para las mismas a los referentes institucionales y barriales de cada espacio; entendiendo que la construcción colectiva y participativa del diagnóstico inicial constituía uno de los ejes fundamentales para el trabajo posterior. En estas instancias participaron trabajadoras barriales, representantes de los centros de atención primaria de cada barrio (promotores de salud, psicólogas, médicos, etc.), referentes de las instituciones educativas, culturales y deportivas, autoridades del municipio, vecinos, integrantes de los CPA de la zona, etc.

El mapeo consistió en la diagramación de los diferentes espacios geográficos del barrio, de manera tal que la distribución de encuestas fuera representativa del mismo. Un aspecto muy importante de esta etapa inicial del diagnóstico, fueron las *representaciones y sentidos* que cada uno de los actores y referentes aportaba en relación a los consumos problemáticos en su propio barrio. De este modo, se constituyó un espacio de *construcción colectiva* de ideas, debates,

discusión, de vinculación interpersonal entre personas que trabajan a diario en la misma comunidad.

Por otro lado, el instrumento de recolección de datos consta de un componente cuantitativo y otro cualitativo. El primero es un **cuestionario estructurado** (encuesta) aplicado en población general entre 15 y 65 años de edad, con una muestra no probabilística establecida a partir de la metodología por cuotas. Las dimensiones que abarca el mismo son: Socio-demográfica y personal (vínculos); Consumo de sustancias y consumo problemático; Trayectorias institucionales de los sujetos y accesibilidad al Sistema de Salud/Atención; Recursos institucionales y redes del barrio; Opinión. En Berisso, el trabajo de campo de las encuestas fue realizado por encuestadores ajenos al barrio, en su mayoría estudiantes universitarios capacitados por el OAD para la tarea. Se dispuso en cada barrio un coordinador, y se tomó como sede para los encuestadores el espacio físico de alguna institución representativa del área (escuela, CPA, club). El trabajo de campo se extendió, dependiendo de cada barrio, entre siete y diez días.

El **componente cualitativo** consta de reconocer las *representaciones y prácticas de atención* y abordaje que ofrece el sistema de salud en materia de adicciones/consumos, incorporando las formas de cuidado y auto-cuidado de la población. En Berisso este componente cualitativo comenzó a evidenciarse desde las reuniones iniciales con las autoridades del Municipio, donde se expresaba un fuerte interés en el tema y su inclusión dentro del campo de la salud. Al acercarnos a los barrios y tomar contacto con sus referentes nos encontramos con distintas representaciones en relación al modo de ver a la persona que consume y a cuales son las estrategias más apropiadas para su abordaje, desde quienes lo asociaban a un problema de inseguridad y delincuencia, hasta quienes aludían la multicausalidad puesta en juego en esta problemática.

Para terminar esta primera parte, señalamos que lo fundamental en este estudio es la **participación social**. Los datos que se extraen sirven si y sólo si la comunidad los incorpora y los utiliza para reflexionar y planificar. En este sentido, se entiende que hay que incorporar a los actores al trabajo de producción-construcción de los datos, en un proceso que pretende ser a la vez científico y pedagógico. Por ello se incluye un momento de **devolución de datos**, en un espacio de taller de debate donde los datos obtenidos “cobran vida”, son articulados con ideas previas y disparan ideas nuevas. En Berisso, esta etapa no pudo realizarse en tiempo y forma, por lo cual la participación en el taller fue escasa, aunque se pudo realizar un intercambio muy rico con las autoridades de salud del Municipio quienes tomaron estos datos producidos para su planificación.

Segunda parte: Articulación teórica

1. Participación Comunitaria

Si se pretende trabajar con la comunidad, en el espacio local y reducido donde se desarrolla toda su dinámica, y tomar conocimiento cierto de lo que allí sucede, será imposible hacerlo excluyendo la participación comunitaria.

Con respecto a la misma, la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud sostiene: “las gentes no podrán alcanzar su plena salud potencial a menos que sean capaces de asumir el control de todo lo que determine su estado de salud. Esto se aplica igualmente a hombres y mujeres” (Organización Mundial de la Salud, 1986). La promoción de la salud radica en la *participación efectiva y concreta* de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud. La fuerza motriz de este proceso proviene del poder real de las comunidades, de la posesión y del control que tengan sobre sus propios empeños y destinos. (Organización Mundial de la Salud, 1986).

Por su parte, Maritza Montero define a la participación comunitaria como *un proceso organizado, colectivo, libre e incluyente, en el cual hay una variedad de actores, de actividades y de grados de compromiso, que está orientado por valores y objetivos compartidos, en cuya consecución se producen transformaciones comunitarias e individuales. Cabe decir que en este concepto de participación entran tanto los agentes internos provenientes de la comunidad como los externos, los líderes y los seguidores, los ardientes y los tibios, los experimentados y los novatos, los fieles y los esporádicos* (Montero, 2004:109.)

En función de estas conceptualizaciones es que se pensó el diseño de un instrumento metodológico que haga lugar a la participación comunitaria, de manera tal que los datos se construyan colectivamente, y no se vuelvan meras abstracciones numéricas o estadísticas sin sentido para quienes luego van a *hacer* con ellos. A lo largo del estudio podemos ver distintos momentos donde se da lugar a esta participación: durante el mapeo, en la re-construcción de ideas y representaciones en torno a los consumos problemáticos y su abordaje, y en la revisión de los recursos socio-sanitarios. Así también durante el trabajo de campo propiamente dicho, a través del acompañamiento de los encuestadores y la tarea en el barrio. Y en el taller de devolución a partir de la relectura de los datos a partir del trabajo previo realizado y de su articulación con la realidad de cada barrio.

La verdadera participación comunitaria -o al menos la que buscamos nosotros como psicólogas a través de nuestra práctica- es la participación que permite la construcción de subjetividad. Entendiendo por esto, la revisión de sentidos, la puesta en común con otros de las ideas, el surgimiento de preguntas e interrogantes. En fin, el logro de una mayor autonomía y

empoderamiento de la comunidad. En este marco, entendemos que este tipo de estudios puede colaborar pero nunca resolver el problema de la promoción de la participación.

En razón de esto, Eduardo Menéndez sostiene: *La participación social supone para algunos cuestionar lo dado, oponerse a lo institucionalizado, a la dominación, a la manipulación y/o a la cooptación. La participación social posibilitaría el desarrollo de la autonomía a nivel de sujeto y de grupo; cuestionaría la verticalidad de las organizaciones y de la toma de decisiones o por lo menos de determinadas formas de verticalidad. Desde una perspectiva política, la participación social supone un ejercicio constante de democratización, y como se dijo ulteriormente, de ciudadanía (...)* Pero además, *la participación posibilitaría la transformación del propio sujeto al convertirlo en actor que no reduce su papel a la reproducción de la estructura, sino que contribuye a producirla y a cambiarla* (Menéndez, E. & Spinelli, H. 2006:61-62.).

En esta misma línea, Enrique Saforcada vincula el concepto de participación con el de salud integral: *“Los procesos autogestivos son en sí mismos salutógenos, aparte de la eficacia que tengan en la solución de los problemas que afronten”* (Saforcada, E. & Colaboradores, 2001:60.) Y es en este sentido que la participación comunitaria se constituye como una herramienta de trabajo para el psicólogo, tal como lo plantea Ana Gloria Ferullo de Parajón. Pero también se constituye como un desafío trabajar de esta manera, dado que implica el reconocimiento de las diferencias entre los sujetos y el respeto por las mismas; diferencias que muchas veces pueden ocasionar conflictos que llegan a amenazar el logro de los objetivos comunes o el desarrollo de las tareas del grupo.

2. Epidemiología Comunitaria e Investigación-Acción-Participativa

“La acción sin el sustento que le da el examen riguroso de la realidad a la que pretende transformar es un campo propicio para la ocurrencia en el mejor de los casos y para la manipulación de personas, grupos e instituciones en el peor” (Míguez, 1998:20).

Los estudios nacionales tienen algunas limitaciones a la hora de pensar en la utilidad práctica del uso de la información en territorios definidos: por un lado, no permiten desagregar por barrio o localidad; asimismo, los datos son generales y poco reflejan la realidad local; por otro lado, son costosos y se realizan a través de muestras probabilísticas y numerosos expertos que, una vez que finalizan el estudio, se retiran, y el proceso queda reflejado en un informe, pero no volcado en la práctica (Míguez, 1998). En este sentido, Míguez propuso en 1986 una metodología novedosa, llamada *Ventanas Epidemiológicas*, para alcanzar diagnósticos locales. El estudio que aquí analizamos se basó en esta metodología, en el sentido de incorporar la perspectiva de la comunidad en la construcción de los propios datos, y la posibilidad de que ésta los utilice para sus propios fines o propósitos. De esta forma, entendemos que se trata de un abordaje que toma

aspectos de la **Epidemiología Comunitaria**, si entendemos por ésta a las estrategias por las que “*la comunidad asume la responsabilidad y experimenta la capacidad de ser protagonista y narrar la historia de cómo las enfermedades se ‘cruzan con su vida’*” (Tognoni, 2011).

Asimismo, la llamada **Investigación-Acción-Participativa** (IAP) se vuelve un concepto útil para pensar este estudio en tanto propone incorporar a la población involucrada en el problema desde el momento de *producción de la información*, y para ello se debe producir una relación horizontal entre sujetos que juntos construyen conocimiento e inventan nuevos caminos. En la estrategia que estamos analizando, esto es un horizonte clave, pero en el proceso hubo dificultades para llevarlo adelante. En primer lugar, el instrumento que se utilizó para la fase cuantitativa (cuestionario) no fue elaborado de manera conjunta con la comunidad. Por otro lado, si bien el ideal de horizontalidad nos orientó en cada reunión, lo cierto es que esta no deja de ser una propuesta “*outsider*” respecto a la comunidad con la que trabajamos, y eso genera en el inicio una asimetría, que se refuerza cuando trabajamos con organismos del estado municipal o provincial a la par de los vecinos o población general. Esta heterogeneidad complejiza el abordaje, pero no es necesariamente negativo, sino una oportunidad de enriquecimiento mutuo.

Si bien estas son algunas limitantes, la lectura sobre la IAP permite pensar las potencialidades de este tipo de trabajo. En primer lugar, en el momento de mapeo se encuentra el investigador externo con los referentes de la comunidad, quienes delimitan el barrio, definen las zonas a sondear, y aportan las miradas y respuestas locales al problema. En este sentido, se busca la articulación de los conocimientos específicos o locales con el conocimiento general mediante el proceso de acción, reflexión y acción transformadora (Fals Borda, 1990; citado en Enríquez, 2007). Según Fals Borda, el propósito del método de la IAP es producir conocimiento que tenga **relevancia** para la práctica social y política. Además, según Sirvent (1994; citado en Enríquez, 2007), la IAP no es ajena a la aplicación de modelos cuantitativos y cualitativos convencionales en ciencias sociales, como es en nuestro caso, una encuesta a hogares, pero se pueden utilizar siempre y cuando se les otorgue nuevos sentidos. Nos preguntamos *¿Qué son los nuevos sentidos? ¿Cómo se obtienen?*

Esto último se relaciona con la estrategia de Fals Borda de “*devolución sistemática*”. Por esta se entiende la instancia de devolución de información a los participantes de manera tal que la investigación adquiera una función pedagógica. El dispositivo que estamos analizando tiene un momento de *devolución* pensado para trabajar con la comunidad los datos hallados, y abrir con ello un espacio de taller, debate y reflexión, que pudiera convocar a pensar estrategias de prevención y/o abordaje (Fals Borda, 1990; citado en Enríquez, 2007). Este autor plantea la necesidad de *simplificar la información* a la hora de devolverla, expresar los resultados en un

lenguaje accesible, y “vulgarizar la técnica” en el sentido de “poner a disposición de las organizaciones populares las diversas técnicas empleadas en el campo de las ciencias” (Enríquez, 2007:81), con el fin de que la comunidad pueda realizar de manera autónoma auto-investigaciones que reflejen sus intereses y necesidades.

3. Intersectorialidad, plurimetodología e interdisciplina

Almeida-Filho (2006) trabajó sobre el concepto de **complejidad** y **transdisciplinariedad**. En primer lugar, el estudio-intervención que estamos analizando se aboca a un objeto complejo, como son los consumos problemáticos y la accesibilidad al sistema de atención. El paradigma de la complejidad nos obliga a respetar la complejidad inherente de los objetos de estudio, comprendiendo que entrelazan allí una pluralidad de procesos, que se producen diversas relaciones entre los elementos que lo componen, y que, fundamentalmente, su naturaleza es *no finalística*. Esto último resulta importante porque en el fenómeno de consumo de sustancias no podemos utilizar métodos que *expliquen* de manera lineal, como en una suerte de determinación causa-efecto. Éste fenómeno es a la vez social, económico, político, cultural, subjetivo, médico, y hasta biológico, y aún en esta enumeración faltan elementos. Este tipo de fenómenos sólo pueden ser *comprendidos* en su complejidad, y esto implica que no hay mecanización posible que permita predicciones precisas (Almeida-Filho, 2006).

En segundo lugar, estas características del objeto obligan a una reflexión metodológica que supere la lógica causalista de los métodos positivistas. Es por eso que la metodología propuesta es una **plurimetodología**, en tanto no sólo articula métodos cuanti y cuali, sino que incorpora distintas miradas y discursos sobre la problemática en determinado barrio/comunidad. Según el autor, las operaciones transdisciplinarias son las únicas viables en el paradigma de la complejidad (Almeida-Filho, 2006). En este caso, podemos hablar de **interdisciplina**, en tanto participan múltiples miradas tratando de construir el objeto.

Por último, la **intersectorialidad** es crucial para el éxito de este estudio, ya que allí confluyen múltiples actores que conducen a complejizar la mirada. Sólo a modo de ejemplo: si sólo participara el Ministerio de Salud, o las direcciones de salud municipales, la mirada sobre la problemática del consumo sería una probablemente medicalizada y/o psicologizada. Cuando Almeida-Filho plantea que *el caos no es igual a aleatoriedad*, nos sirve para pensar cómo confluyen en los espacios compartidos (reuniones, encuentros, jornadas de debate) los distintos sectores y actores del barrio. Puede parecer caótico al principio, e incluso aleatorio, pero rápidamente se observa el “orden a partir del caos”, y cómo al abrirnos a que la realidad está estructurada de modo discontinuo, y no forzamos el orden preestablecido o el que “debería ser”, podemos encontrarnos con la *posibilidad de lo nuevo* (Almeida-Filho, 2006).

Para cerrar, dice el autor que no es posible un conocimiento *absoluto y aislado*, porque el pensamiento complejo es, por definición, *relativo y contextual*. Y eso es, según entiendo, un aprendizaje tanto para los investigadores como para la población, a *aprehender* en este proceso.

Breves conclusiones

Tanto la experiencia del estudio como la articulación teórica producida han servido para profundizar y complejizar la fundamentación del estudio-intervención que llevamos adelante, así como ha permitido abrir interrogantes e incorporar ideas nuevas.

En este sentido, entendemos que este tipo de prácticas deben ser producidas y practicadas por psicólogos en tanto se trata de un área de aplicación de la profesión desconocida. Por otro lado, este estudio necesita de la participación comunitaria, pero a su vez tiene por objetivo potenciarla, e incluso influir en la generación de las condiciones para que la participación se produzca.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida-Filho (2006). Complejidad y Transdisciplinariedad en el Campo de la Salud Colectiva: Evaluación de Conceptos y Aplicaciones, *Salud Colectiva*, 2, 126-143
- Enríquez, P. (2007). El docente investigador: un mapa para explorar un territorio complejo. Capítulo 3. LAE ediciones. UNSL. Facultad de Ciencias Humanas.
- Ferullo de Parajón, A. G. (2006). El triángulo de las tres "P". *Psicología, participación y poder*. Buenos Aires: Paidós.
- Fuente Observatorio Argentino de Drogas: <http://www.observatorio.gob.ar>.
- Menéndez, E. & Spinelli, H. (2006). *Participación Social ¿Para qué?* Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Míguez, H. (1998). *Uso de sustancias psicoactivas. Investigación social y prevención comunitaria*. Ed. Paidós. Buenos Aires.
- Montero, M. (2004). *Introducción a la Psicología Comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos*. Buenos Aires: Paidós.
- Organización Mundial de la Salud. (1986) *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*.
- Saforcada, E. & Colaboradores. (2001). *El "Factor Humano" en la Salud Pública. Una mirada psicológica dirigida hacia la salud colectiva*. Buenos Aires: Proa XXI.
- Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (2014). *Estudio en Berisso*. Disponible en: <http://scripts.minplan.gob.ar/octopus/archivos.php?file=4410>.
- Tognoni, Gianni & otros (2011). *Manual de Epidemiología Comunitaria: el camino de las comunidades*. 1ª. Ed. Córdoba, UNC. 218 p. ISBN 978-950-33-0922-3.